



## INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

**M<sup>a</sup> Luisa Panisello Chavarria**

**Dipòsit Legal: T. 1128-2012**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## TESI DOCTORAL

Maria Luisa Panisello Chavarria



## INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

Maria Luisa Panisello Chavarria

INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL  
SISTEMA SANITARI CATALÀ

TESI DOCTORAL

Dirigida per la Dra.M<sup>a</sup> Inmaculada Pastor Gosálbez

Codirigida per la Dra. Carme Ferré Grau

Departament d'Infermeria



Tortosa  
2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI  
DEPARTAMENT DE GESTIÓ D'EMPRESES

Avinguda de la Universitat, 1  
43204 REUS  
Tel. 977 759 871  
Fax 977 759 814  
E-mail: sdgee@urv.cat

FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat "Integració de la perspectiva de gènere en el sistema sanitari català", que presenta M<sup>a</sup> Luisa Panisello Chavarria per a l'obtenció del títol de doctora, ha estat realitzat sota la meua direcció al Departament d'Infermeria d'aquesta universitat.

Tarragona 14 de maig de 2012

La directora de la tesi doctoral

Dra. M<sup>a</sup> Inmaculada Pastor Gosalbez



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

## Agraïments

- A Inma, pel que m'ha ensenyat i el que he après en tots aquests anys.
- A José Carlos, per les hores compartides i la seva calidesa en l'acompanyament en tot aquest llarg procés.
- A Carles i a Alba, pel ànims que m'han donat i per compartir tantes coses, entre les quals treballar per un món més igualitari.
- A mon pare i ma mare, per la seva generositat durant tota la vida.
- A totes les persones entrevistades, per la seva accessibilitat, pel que he après durant totes les entrevistes i perquè sense la seva col·laboració no hauria pogut dur a terme aquest estudi.
- Al Departament d'Infermeria, pel programa de doctorat tant necessari per al desenvolupament dels nostres estudis.
- A la Universitat Rovira i Virgili pel desplegament del Campus de les Terres de l'Ebre ja que suposa una font de riquesa i coneixement per a aquestes terres, i pel suport en la realització d'aquesta tesis.
- Al Servei Lingüístic de la URV, per l'ajuda prestada amb la correcció d'aquesta tesi.
- A Òscar, el nostre informàtic, per ajudar-me a resoldre "els problemes" amb la "tècnica".
- A totes les persones (i en especial, les dones) que amb les seves recerques desvetllen les conseqüències d'una societat patriarcal tan injusta per a les dones.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

## APORTACIONES CIENTÍFIQUES QUE ES DERIVEN D'AQUESTA TESI:

Publicació: "Presencia del sexo/género en el currículum de los estudios de enfermería". Cuestiones de género: de la igualdad a la diferencia. Revista del Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres. Universidad de León. N. 5. 2010

Comunicació a la 6ª Reunión Nacional de Invierno de la Asociación Española de Enfermería Comunitaria. "Opinión del alumnado de Enfermería en relación a la salud de las mujeres y los hombres". València 2010

Comunicació a les XXVII Jornades Mèdiques i de la Salut de les Terres de l'Ebre "Dones i homes: oportunitats, tracte i aptitud per a cuidar". Tortosa 2011

Comunicació a la XXIX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. "La perspectiva de género en el Plan Director de las Enfermedades Cardio Vasculares". Madrid 2011

Publicació: "La Perspectiva de género en el Plan Director de las Enfermedades Cardio Vasculares". Gaceta Sanitaria. Vol. 25. Especial Congreso. Octubre 2011

Comunicació a la VI Reunión Internacional FORANDALUS de Investigación en Enfermería Universidad de Zaragoza. "Estudiantes de Enfermería: Conocimientos sobre género". Zaragoza 2012

Publicació: "Estudiantes de Enfermería: Conocimientos sobre el género". En: El cuidado, una cuestión de identidad (resúmenes de comunicaciones). FORANDANLUS-2012 - VI Reunión Internacional en Enfermería - I Reunión del Grupo de Investigación "Aurora Mas". Rev Paraninfo Digital, 2012; 15. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n15/001r.php>>

Pendent de publicació: "Análisis de la perspectiva de género en los Planes Directores del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya". Revista Feminismo/s n. 18. Centre d'Estudis sobre la Dona. Universitat d'Alacant

Comunicació al II Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria: "Perspectiva de genero en el Plan Director Sociosanitario de la Generalitat de Catalunya". Barcelona 2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

A José Carlos, a Carles i a Alba.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

“...l’equitat de gènere en matèria de salut ha de sustentar-se en el seu propi fonament, a saber: absència de biaix “.

“Els proveïdors i sistemes de salut multipliquen els biaixos, al no reconèixer-los ni observar la necessitat de mesures compensatòries”. (Gita Sen, Asha George, Östin Pirooska, 2002)



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

## ÍNDEX

ABREVIATURES I ACRÒNIMS.....	I
Presentació.....	III
1. MARC TEÒRIC	
1.1. Introducció .....	3
1.2. Desenvolupament de les polítiques d'igualtat amb relació al gènere .....	5
1.3. Sistema sexe/gènere i la seva relació amb la salut i els seus problemes .....	9
1.3.1. Antecedents .....	9
1.3.2. Elements propis de gènere relacionats amb la salut .....	18
1.3.2.1. Indicadors de la situació de salut amb relació al sexe/gènere.....	21
1.3.2.2. Malalties cardiovasculars en les dones .....	32
1.4. Polítiques d'igualtat i sistema sanitari .....	42
1.5. Directius per a la incorporació del gènere en el sistema sanitari.....	45
2. OBJECTE D'ESTUDI I METODOLOGIA	
2.1. Formulació del problema .....	59
2.2. Objectius .....	59
2.3. Hipòtesis .....	60
2.4. Variables, conceptes i dimensions.....	61
2.5. Metodologia .....	63
2.5.1. Consideracions .....	63
2.5.2. Metodologia emprada .....	65
2.5.2.1. Revisió documental.....	66
2.5.2.2 Treball de camp: Entrevistes en profunditat .....	77
3. ANÀLISI DE LES POLÍTIQUES DE DONES A CATALUNYA: EVOLUCIÓ I CANVIS POLÍTICS	
Introducció: Les polítiques d'igualtat a Catalunya.....	88
3.1. Plans de Polítiques de Dones a Catalunya.....	92
3.1.1. Plans I, II, III i IV de Polítiques de Dones .....	93
3.1.2. Anàlisi i avaluació del V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones .....	94
3.1.3. Anàlisi del VI Pla de Polítiques de Dones .....	100
3.2. Legislació del Departament de Salut amb relació a les accions del govern en polítiques de dones del Departament de Salut.....	107

#### 4. DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DELS PLANS DIRECTORS

4.1. Descripció i anàlisi del Pla Director d'Immigració en l'àmbit de salut .....	117
4.1.1. Indicadors de la perspectiva de gènere en el Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut .....	123
4.1.2. Anàlisi de la incorporació de la perspectiva de gènere en el Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut.....	126
4.2. Descripció i anàlisi del Pla Director Sociosanitari .....	129
4.2.1. Indicadors de la perspectiva de gènere del Pla Director Sociosanitari.....	135
4.2.2. Anàlisi de la incorporació de la perspectiva de gènere en el Pla Director Sociosanitari.....	137
4.3. Descripció i anàlisi del Pla Director de Salut Mental i Addiccions .....	138
4.3.1. Indicadors de la perspectiva de gènere en el Pla Director de Salut Mental i Addiccions .....	145
4.3.2. Anàlisi de la incorporació de la perspectiva de gènere en el Pla Director de Salut Mental i Addiccions.....	148
4.4. Descripció i anàlisi del Pla Director d'Oncologia.....	149
4.4.1. Indicadors de la perspectiva de gènere del Pla Director d'Oncologia....	153
4.4.2. Anàlisi de la incorporació de la perspectiva de gènere en el Pla Director d'Oncologia .....	155
4.4.3. Descripció i anàlisi de l'esborrany del Pla Director d'Oncologia 2008-2010 .....	156
4.4.4. Indicadors de la perspectiva de gènere de l'esborrany del Pla Director d'Oncologia 2008-2010 .....	158
4.4.5. Anàlisis de la incorporació de la perspectiva de gènere de l'esborrany del Pla Director d'Oncologia 2008-2010 .....	160
4.5. Descripció i anàlisi del Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori	160
4.5.1. Indicadors de la perspectiva de gènere del Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori (PDMAC) .....	173
4.5.2. Anàlisi de la incorporació de la perspectiva de gènere del Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori .....	178
4.5.3. Descripció i anàlisi del Registre Gironí del Cor. Estudi REGICOR a les comarques de Girona 1978-2008. ....	180
4.5.4. Indicadors de la perspectiva de gènere en l'estudi REGICOR .....	185
4.5.5. Anàlisi de la incorporació de la perspectiva de gènere en l'estudi REGICOR .....	188

## 5. TREBALL DE CAMP: FONTS ORALS

5.1. Anàlisi del grup d'expertes en Salut i Gènere.....	193
5.1.1. Visibilitat.....	194
5.1.2. Ús del llenguatge escrit i visual.....	199
5.1.3. Mainstreaming ("transversalitat").....	203
5.1.4. Participació .....	206
5.1.5. Recerca i formació.....	211
5.1.6. Factors determinants de gènere .....	215
5.1.7. Dificultats en la integració de la perspectiva de gènere en les polítiques públiques. ....	217
5.1.8. Anàlisi del procés de les polítiques públiques i les dificultats en la integració de la perspectiva de gènere .....	221
5.2. Anàlisi del grup d'experts implicats en el disseny del Pla Director de les Malalties Cardiovasculars .....	233
5.2.1. Visibilitat.....	236
5.2.2. Ús del llenguatge escrit i visual.....	242
5.2.3. Transversalitat .....	244
5.2.4. Participació .....	248
5.2.5. Recerca .....	253
5.2.6. El sexe/gènere com a determinant en relació amb les malalties Cardiovasculars .....	257
5.2.7. Dificultats per implementar la voluntat política.....	269
5.2.8. Coneixements dels professionals en relació amb el Pla Director de les Malalties Cardiovasculars .....	274
5.2.9. Dificultats o resistències per part dels professionals per implementar el Pla Director de les Malalties Cardiovasculars.....	275
5.3. Anàlisi de la perspectiva de gènere en el grup de professionals sanitaris ....	285
5.3.1. Característiques de la Regió Sanitària de les Terres de l'Ebre .....	285
5.3.2. Implementació del Pla Director de les Malalties Cardiovasculars a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre.....	288
5.3.3. Anàlisi de les entrevistes del tercer grup: professionals que implementen el Pla Director de les Malalties Cardiovasculars a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre .....	290
5.3.3.1. Primer apartat: Determinants sexe/gènere en relació amb les malalties cardiovasculars.....	294
5.3.3.2. Segon apartat: Atenció a les persones amb malalties cardiovasculars. Actuacions transversals. ....	302
5.3.3.3. Tercer apartat: Recerca .....	310
5.3.3.4. Quart apartat: Coneixement del Pla Director de les Malalties	

Cardiovasculars .....	317
5.3.3.5. Cinquè apartat: Formació dels professionals i les professionals en gènere.....	329
5.3.3.6. Sisè apartat: Estereotips en relació amb les MCV.....	336
5.3.3.7. Setè apartat: Coneixement de les polítiques del Departament de Salut en relació amb el gènere .....	352
6. CONCLUSIONS .....	359
7. BIBLIOGRAFIA .....	377
8. ANNEXOS .....	401

## ABREVIATURES I ACRÒNIMS

**ABS:** Àrea Bàsica de Salut

**APS:** Atenció Primària de Salut

**BOE:** Boletín Oficial de l'Estado

**CAP:** Centre d'Atenció Primària

**CAPS:** Centre D'Anàlisi de Programes Sanitaris

**CatSalut:** Servei Català de la Salut

**CCAA:** Comunitats Autònomes

**CI:** Cardiopatia Isquèmica

**DOGC:** Diari Oficial Generalitat de Catalunya

**ECG:** Electro Cardiograma

**ESCA:** Enquesta de Salut de Catalunya

**FR:** Factor de Risc

**GTS:** Govern Territorial de Salut

**HCA:** Hospital Comarcal d'Amposta

**HTA:** Hipertensió Arterial

**IAM:** Infart Agut de Miocardi

**IC:** Insuficiència Cardíaca

**ICD:** Institut Català de les Dones

**ICS:** Institut Català de la Salut

**IGOP:** Institut de Govern i Polítiques Públiques:

**IMC:** Índex de Massa Corporal

**IVE:** Interrupció voluntària de l'embaràs

**HCME:** Hospital Comarcal Mora d'Ebre

**HTVC:** Hospital Tortosa Verge de la Cinta

**MAGEEQ:** Mainstreaming Gender Equality

**MCV:** Malalties Cardio Vasculars

**MTS:** Malalties de transmissió sexual

**OMS:** Organització Mundial d la Salut

**ONU:** Organització de Nacions Unides

**OSM:** Observatorio de Salud de la Mujer

**PAPPS:** Programa d'Activitats preventives i de Promoció de la Salut

**PASSIR:** Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

**PDI:** Pla Director d'Immigració

**PdS:** Pla de Salut

**PADES:** Programa d'atenció Domiciliària Equips de Suport

**PDMAC:** Pla director Malalties Aparell Circulatori

**PDMCV:** Pla Director Malalties Cardio Vasculars

**PDO:** Pla Director Oncologia

**PDSMA:** Pla Director Salut Mental i Addiccions

**PDSS:** Pla Director Socio Sanitari

**PIA:** Pla Integral d’Acollida

**PREALT:** Preparació Alta Hospitalària

**RCV:** Risc Cardio Vascular

**REGICOR:** Registre Gironí del Cor

**RSTE:** Regió Sanitària Terres de l’Ebre

**SCA:** Síndrome Coronària Aguda

**SEC:** Societat Espanyola de Cardiologia

**SM:** Salut Mental

**SEMSA:** Sistema d’Emergències Mèdiques

**SNS:** Sistema Nacional de Salut

**TA:** Tensió Arterial

**TBC:** Tuberculosi

**TM:** Trastorns Mentals

**TTE:** Terres de l’Ebre

**UE:** Unió Europea

**UIC:** Unitat d’Insuficiència Cardíaca

**VIH:** Virus de la Immunodificiència Humana

**VPH:** Papilo Virus Humà

**XHUP:** Xarxa d’Hospitals d’Utilització Pública

## PRESENTACIÓ

Els sistemes sanitaris es creen per donar resposta a les necessitats de salut de les comunitats, són el resultat d'una llarga evolució històrica i d'un conjunt de factors diversos que formen part del sistema social.

La *Llei General de Sanitat* (LGS) del 1986 de l'Estat espanyol estableix les bases d'un model d'ordenació sanitària mitjançant la creació del Sistema Nacional de Salut, configurat pels Serveis de Salut de les comunitats autònomes. L'objecte de la LGS, segons l'article 1, és la regulació de totes les accions per fer efectiu el dret a la protecció de la salut. No serà fins a l'any 2007 que s'aprovi una nova regulació que faci referència a la igualtat entre dones i homes. La Llei orgànica 3/2007, per a la igualtat efectiva de dones i homes, introdueix modificacions a la LGS per fer efectiu el principi d'igualtat entre homes i dones amb relació a la salut i els seus problemes.

Són múltiples els estudis que posen de manifest que les desigualtats socials per raó de gènere perduren a la nostra societat; el camp de la salut no està exclòs d'aquestes desigualtats.

En la Declaració del Mil·lenni de les Nacions Unides i en altres acords internacionals com el tractat de la Unió Europea i la carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea, es reconeix la importància del dret a la igualtat entre homes i dones, i el dret de tothom a viure sense patir discriminacions en cap esfera de la vida, incloent-hi l'accés a l'atenció de salut.

L'*Organització Mundial de la Salut* (OMS) el 2002 va elaborar un document sobre la integració de la perspectiva de gènere en la labor de l'OMS, i instava a promoure la integració del gènere en els sistemes de salut.

Les administracions públiques, seguint les recomanacions dels organismes internacionals, han de garantir la igualtat del dret a la salut de les dones i els homes mitjançant les polítiques públiques.

Virgínia Guzmán defineix les polítiques públiques de gènere com els processos pels quals són elaborats i implementats programes d'acció pública, és a dir, dispositius politicoadministratius coordinats entorn d'objectius explícits, que busquen corregir la desigualtat que es genera en el sistema de gènere, afavorint l'equitat entre els homes i les dones (GUZMÁN, 2001).

La IV Conferència Mundial de les Nacions Unides sobre les Dones (Beijing, 1995) marca la línia d'orientació per tal d'introduir el gènere en totes les accions de govern (*mainstreaming* o 'transversalitat'), entre les quals s'inclouen els sistemes sanitaris.



La introducció de la perspectiva de gènere dins dels sistemes sanitaris té com a finalitat eliminar la discriminació en relació amb la salut i els seus problemes per raó de gènere.

Les actuacions dels professionals sanitaris estan emmarcades dins del sistema sanitari que regula les polítiques sanitàries a portar a terme. Segons la Llei d'ordenació de les professions sanitàries (Llei 44/2003, BOE núm. 280 de 22-XI-2003), correspon a infermeria la direcció, l'avaluació i la prestació de les cures d'infermeria orientades a promoure, mantenir i recuperar la salut, com també a prevenir malalties i discapacitats. La base de les cures d'infermeria és cuidar integralment les persones, per la qual cosa cal tenir coneixements de l'ésser humà en el seu desenvolupament biològic, psicològic i social i analitzar la interrelació d'aquests factors entre ells i el medi, per fonamentar les cures i no esbiaixar-les.

Com a infermera que desenvolupa la seva activitat professional en la formació dels futurs professionals d'infermeria en el camp de la salut pública, m'interessa recercar si el Sistema Sanitari Català, com a element generador de polítiques públiques, integra la perspectiva de gènere. Aquest és l'objectiu principal de la tesi que teniu a les mans.

La característica de la recerca que hem portat a terme és la seva transversalitat, ja que, partint de les polítiques d'igualtat en relació amb el gènere de la Generalitat de Catalunya, ens introduïm en les polítiques de salut. Cerquem si aquestes polítiques tenen en compte en el seu disseny els elements que configuren la perspectiva de gènere, per pal·liar les desigualtats existents en relació amb la salut. Per a aquesta anàlisi, fixem el nostre objecte d'estudi en el *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006), ja que els plans directors prioritzen actuacions d'acord amb el Pla de Salut de Catalunya.

En definitiva, amb aquesta recerca hem volgut conèixer si l'Administració pública en relació amb la salut desenvolupa la maquinària institucional necessària per tal de facilitar i garantir l'atenció amb perspectiva de gènere, entenent que aquesta perspectiva forma part de l'atenció integral a les persones.

Aquesta tesi està estructurada en sis capítols. **En el capítol 1**, destinat al Marc Teòric, trobareu el desenvolupament de les polítiques d'igualtat amb relació al gènere. Descriurem la relació del gènere quant a la salut i els seus problemes, aprofundint en un dels problemes de salut en el qual les desigualtats pel que fa al gènere queden més paleses, com són les malalties cardiovasculars. També descriurem com s'inclouen les polítiques d'igualtat amb relació al gènere dins del Sistema Sanitari.

**En el capítol 2**, en la primera part, formulem el problema d'estudi, els objectius i les hipòtesis del nostre estudi. Definim les dimensions del concepte *perspectiva de gènere*. En la segona part, expliquem la metodologia emprada per contestar la pregunta d'estudi i acceptar o rebutjar les hipòtesis plantejades. Ateses les característiques de l'objecte d'estudi, hem optat per treballar amb dues metodologies: la revisió documental i les entrevistes en profunditat.

**En el capítol 3**, presentem la revisió documental dels plans de Polítiques de Dones de la Generalitat de Catalunya, ja que aquests constitueixen l'eina principal de les polítiques públiques amb relació a corregir les situacions discriminatòries o inequitatives. Fixarem la nostra atenció en les polítiques relacionades amb el Departament de Salut.

**En el capítol 4**, la revisió documental la centrarem en l'anàlisi de com s'integra la perspectiva de gènere en els plans directors del Departament de Salut (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006), ja que aquests constitueixen un element de planificació estratègica prioritzant les actuacions del Departament de Salut. Aprofundirem en el Pla Director de les Malalties Cardiovasculars.

**El capítol 5** està dedicat al treball de camp mitjançant la realització d'entrevistes en profunditat. Hem dissenyat tres grups d'anàlisi: el primer estarà format per persones expertes en polítiques de Salut i Gènere, per aprofundir en els elements que formen part d'una política pública amb perspectiva de gènere i les dificultats que poden presentar el seu disseny i aplicació.

El segon grup d'anàlisi està format per persones expertes i implicades en el disseny del *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV), per saber com van integrar la perspectiva de gènere en la redacció del Pla.

El tercer grup està format per professionals sanitaris que implementen el PDMCV a la Regió Sanitària de les Terres de l'Ebre. Analitzarem si en la seva praxi professional és present el gènere.

**En el capítol 6**, exposem les conclusions a les quals hem arribat després de realitzar el nostre estudi en relació amb les dimensions del concepte *perspectiva de gènere* i si és present la perspectiva de gènere en les polítiques del Departament de Salut, per acceptar o rebutjar la hipòtesi formulada. Per finalitzar, fem unes reflexions sobre les dificultats per a la implementació de les polítiques de gènere en el Sistema Sanitari Català i proposem mesures per facilitar aquesta integració.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

## **1. MARC TEÒRIC**



## 1.1. INTRODUCCIÓ

La salut és un procés complex determinat per la interrelació de factors biològics, psicològics i socials de la persona i els factors ambientals. A partir dels anys noranta del segle XX, diversos estudis (*Quadern CAPS*, 1991; WILKINSON, 1996; VALLS-LLOBET, 1998; MARRUGAT [et al.], 1998; ROHLFS [et al.], 2000) mostren que les dones i els homes tenen diferents maneres d'emmalaltir i de metabolitzar els fàrmacs, així com també diferents estils de vida en relació amb els problemes de salut. La principal contribució d'aquests estudis és que posen de manifest que el gènere, juntament amb altres dimensions com la classe social, és un determinant en el procés salut-malaltia, que produeix desigualtats que es manifesten en l'accés als hospitals, les llistes d'espera, les estratègies terapèutiques... (RUIZ-CANTERO [et al.], 2004), tot un seguit d'elements que intervenen en la salut i en l'atenció sanitària i que donen com a resultat diferències i desigualtats en la salut i en l'atenció sanitària per raó de sexe/gènere.

El concepte de *desigualtat* en salut es refereix a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones, en funció de la seva classe social, gènere, territori o ètnia, relacionat amb un pitjor estat de salut dels col·lectius més desfavorits. La definició de l'*Organització Mundial de la Salut* (OMS) del terme *desigualtat* es refereix a les diferències en matèria de salut que són innecessàries, evitables i injustes (WHITEHEAD, 1992).

Aquestes diferències i desigualtats poden canviar-se mitjançant polítiques sanitàries i socials. Segons Sen, George, Östlin (2005), l'enfocament de la salut amb perspectiva de gènere, és a dir, que diferencia els factors biològics i socials a la vegada que explora la seva interacció i que té en compte la forma en què la desigualtat influeix en les experiències de salut, serveix d'orientació per identificar les respostes apropiades del sistema d'atenció de salut i de la política pública.

Davant d'aquesta realitat, existeix la preocupació per part dels organismes internacionals i dels governs d'introduir la perspectiva de gènere en les polítiques de salut. L'objectiu general d'aquestes polítiques és fer front a les desigualtats que es deriven dels diferents rols de les dones i els homes, així com de les desiguals relacions de poder entre ells/es i les conseqüències d'aquestes desigualtats en les seves vides, la seva salut i el seu benestar.

La IV Conferència Mundial de les Nacions Unides (ONU) sobre les Dones que va tenir lloc a Beijing (setembre, 1995) marca la línia que ha d'orientar tota acció de govern analitzant els efectes des del punt de vista del gènere de totes les polítiques i programes.

L'*Organització Mundial de la Salut* (OMS) va elaborar el 2002 un document sobre la política de l'OMS en matèria de gènere: *Integració de les perspectives de gènere en la labor de l'OMS*. En la declaració introductòria, Gro Harlem Brundtland, directora general, assenyala que la integració de les perspectives de gènere en l'acció sanitària obeeix a un criteri just de salut pública. El document refereix que la política de l'Organització serà vetllar perquè totes les investigacions, les polítiques, els projectes, els programes i les iniciatives en què participi l'OMS incorporin les qüestions de gènere.

Entre les metes i objectius, destaquem:

- Promoure l'equitat i la igualtat entre homes i dones al llarg de tota la vida.
- Proporcionar informació qualitativa i quantitativa sobre la influència del gènere en la salut i l'atenció de salut.
- Promoure la integració dels assumptes de gènere en els sistemes de salut.

En la Declaració del Mil·lenni de Nacions Unides i en altres acords internacionals, es reconeix la importància de la igualtat de drets entre homes i dones i el dret de tothom a viure sense patir discriminacions en cap esfera de la vida, incloent-hi l'accés a l'atenció de salut. Totes les polítiques públiques, com a processos pels quals són elaborats i implementats programes d'acció pública, és a dir, dispositius político-administratius coordinats entorn d'objectius explícits, busquen corregir la desigualtat que es genera en el sistema de gènere afavorint l'equitat entre els homes i les dones (GUZMÁN, 2001).

Quant a la interrelació de gènere i política, Astelarra assenyala que:

- La política està determinada pel sistema de gènere, en tant que és una activitat majoritàriament masculina.
- El sistema de gènere es manté i es reproduïx per la intervenció política.
- Cada actuació de l'estat pot tenir un impacte diferent en la situació dels homes i les dones i produir, encara que sigui de manera indirecta, situacions que perjudiquin l'equitat de gènere. Cal introduir la dimensió de gènere en totes les actuacions de les institucions de l'estat (ASTELARRA, 2005).

## 1.2. DESENVOLUPAMENT DE LES POLÍTIQUES D'IGUALTAT EN RELACIÓ AMB EL GÈNERE

En la modernitat i la postmodernitat, la idea del valor de la diferència i la diversitat en la consideració de la igualtat ha tingut un impacte notable. L'acceptació del principi de la diversitat i la diferència en una concepció avançada i democràtica de la igualtat té a veure amb l'equivalència jurídica de les diferències (GARCIA PRINCE, 2008).

En la comprensió del significat del principi d'igualtat cal destacar:

- a) L'estreta connexió entre el principi d'igualtat i no-discriminació.
- b) L'articulació amb el principi d'equitat.
- c) La diferència entre la igualtat de fet o *de facto* i la igualtat de dret o *de jure* (SEN, GEORGE, ÓSTLIN, 2005).

Les polítiques públiques formen part del procés més recent, vinculat amb la modernització de l'Estat, especialment, amb "l'Estat del benestar". Carlos Gerardo Molina les defineix com iniciatives estratègiques que provenen del poder públic, bàsicament de l'estat, en la cerca de solucions a problemes col·lectius (recollit per GARCIA PRINCE, 2008).

La problemàtica al voltant de la situació de les dones s'ha anat incorporant progressivament a les polítiques públiques dels governs. Es poden distingir diverses etapes que l'ONU va descriure quan es va fer la celebració dels 50 anys d'accions des del 1945 fins al 1995, data de la IV Conferència Mundial de la Dona (Beijing).

**1a fase**, compresa entre 1945 i 1962, quan es crea la 'Comissió de la Condició Jurídica i Social de la Dona' (*Commission for the status of woman*), es va adoptar la Declaració Universal dels Drets Humans. En aquesta fase les decisions i accions dels estats es van orientar quasi exclusivament a l'assoliment de la igualtat jurídica.

**2a fase**, des del 1963 fins al 1975, en aquest període es va celebrar la Primera Conferència Mundial de l'Any Internacional de la Dona (Mèxic, 1975) amb el lema "Igualtat, Desenvolupament i Pau".

**3a fase**, des del 1976 fins al 1985 com a fets influents cal assenyalar la Primera Dècada de l'ONU vers la Dona en el marc de l'Estratègia Internacional. Es va registrar un important canvi en la consciència internacional en relació amb l'impacte que té la situació de la dona en el desenvolupament, especialment, a través de fenòmens generalitzats com la pobresa, la superpoblació, l'analfabetisme, la desnutrició... I aquesta preocupació es va plasmar en la Convenció per a l'Eliminació de tota Forma



de Discriminació contra la Dona, que va ser configurada com una carta fonamental dels drets humans de les dones l'any 1979.

**4a fase**, des del 1986 fins al 1995, caracteritzada per l'impuls significatiu dels temes relacionats amb les dones en la discussió de les polítiques públiques, gràcies especialment a la irrupció de l'enfocament de gènere com a referència essencial per entendre, significar i proposar canvis que eliminin els factors estructurants de l'exclusió i de la subordinació de les dones (GARCIA PRINCE, 2008). Aquesta fase va culminar amb la IV Conferència Mundial de les Nacions Unides sobre les Dones (Beijing, 1995), i el IV Programa d'Acció Comunitària per a la Igualtat d'Oportunitats entre Dones i Homes, de la Unió Europea, que marquen clarament les línies que han d'orientar tota acció de govern; línies que han d'anar en el sentit d'introduir l'òptica d'igualtat en totes les mesures que s'adoptin, per promoure la participació de les dones en tots els àmbits de la societat. Aquesta línia és la que es denomina '*transversalitat*' (*mainstreaming*, és a dir, la institucionalització de l'enfocament de gènere en les polítiques públiques).

Pel que fa al desenvolupament de l'enfocament de les polítiques públiques dirigides a les dones, a partir dels anys 70 i fins al final del segle XX, les feministes teòriques van desenvolupar diverses alternatives a l'oficial que expressava el Sistema de les Nacions Unides. Les alternatives són les següents:

**1r. Enfocament de l'emancipació**, dirigit a l'assoliment de la igualtat social i econòmica principalment en matèria d'educació i salut, però manté l'exclusió en les esferes de la vida política. Es va desenvolupar, principalment, en països socialistes.

**2n. Enfocament de l'apoderament**, que plantejava i planteja la necessitat que les dones tinguessin influència en els canvis de la societat, especialment, en l'àmbit familiar i comunitari, posant èmfasi en l'autonomia i el desenvolupament personal a través de l'apoderament.

**3r. Enfocament de gènere en el desenvolupament**, que es va formalitzar cap als anys 80, fruit de l'esforç primerament intel·lectual i després polític de les feministes. El desenvolupament conceptual que va perfilar l'enfocament o perspectiva de gènere va ser, principalment, el sistema de relacions de poder entre els gèneres, la continuïtat/discontinuitat genèrica en els espais públics i privats, el triple rol de les dones, la diferència entre situació i posició de les dones, el referent a interessos, necessitats pràctiques i estratègiques, la divisió del treball per gèneres, la utilització diferenciada del temps en homes i dones, l'accés i els controls diferenciats en relació amb els ingressos i recursos. Es van desenvolupar importants paradigmes en l'anàlisi del gènere que han donat suport a les propostes en matèria de polítiques públiques cap a l'objectiu de la igualtat de gèneres (GARCIA PRINCE, 2008).

En el cas de l'Estat espanyol, a finals del seixanta i principi dels setanta es van crear importants organitzacions de dones que eren part de l'oposició al règim. Durant els anys de la transició política, es van incorporar a les agendes polítiques els temes d'igualtat dins del procés democràtic i de descentralització de l'estat. Per altra banda, a Catalunya, les Jornades Catalanes de les Dones l'any 1976 van tenir gran impacte en l'opinió pública tant per la nombrosa assistència com pels temes debatuts (dona i treball, planificació familiar, avortament lliure i gratuït...).

Les demandes de les dones entren a formar part de la construcció del nou estat democràtic, impulsades pel moviment feminista, fent visible socialment la necessitat de canviar la situació de les dones. Aquestes polítiques es concreten a través de la relació del moviment feminista amb els partits polítics.

Les polítiques públiques suposen un procés mitjançant el qual una nova pràctica s'incorpora a les institucions de l'estat, es fa estable en el temps i, per tant, permet el seu seguiment i avaluació (ASTELARRA, 2005). En les polítiques públiques, l'Estat té un rol predominant sense que això signifiqui que, en el procés, sobretot, en ambients i sistemes democràtics, la societat no arribi a tenir un rol decisiu (GARCIA CALVENTE, 2008).

Per analitzar el desenvolupament de les polítiques de gènere, cal abordar:

1.- El contingut de les polítiques de gènere. Es tracta de polítiques públiques que comparteixen alguns elements amb altres tipus de polítiques públiques, però que tenen la seva pròpia especificitat. Les característiques pròpies vénen donades per l'objectiu que es busca i també de les formes que s'implementen.

2.- La incorporació de la discriminació de les dones com un tema d'agenda pública. Per implementar polítiques públiques amb contingut específic, cal que la temàtica es consideri de rellevància i que es justifiqui que l'estat hagi d'intervenir. La discriminació de les dones es va considerar un fet normal, perquè es considerava que la naturalesa femenina justificava que no tinguessin drets individuals. Va ser necessari primer canviar aquesta definició i donar a les dones l'estatus de "ciutadanes" i després que la temàtica de la discriminació fora incorporada al quefer de l'estat.

3.- Construir la maquinària institucional. Per desenvolupar les polítiques de gènere, cal també identificar o crear les institucions públiques que implementaran aquestes polítiques (ASTELARRA, 2005).

L'any 1983 es crea l'Institut de la Mujer, sent una direcció general del Ministeri de Cultura. En 1988 aquest Institut passa a dependre del Ministeri d'Afers Socials. Posteriorment es va unir al de Treball, a partir de 2004 es va vincular a aquest a través

de la Secretaria General de Polítiques d'Igualtat. Al març de 2008 passa a formar part del Ministeri de Igualtat, un cop creat aquest. En la remodelació governamental d'octubre de 2010, desapareix el Ministeri d'Igualtat que passa a formar part del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Al desembre del 2011, arrel del canvi de govern, es reestructuren els departaments ministerials, es suprimeix el Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, així com la Secretaria d'Estat d'Igualtat a la que estava adscrit l'Institut i es crea el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat i la Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat, que assumeix les competències de la extingida Secretaria d'Estat d'Igualtat.<sup>1</sup>

Arrel d'aquesta última remodelació es va publicar una carta als medis de comunicació<sup>2</sup> amb el títol “ *Instituto de la Mujer?: In memoriam*”, firmada per les que havien estat directores d'aquest organisme, des de la seva creació, i altres dones referents en les polítiques d'igualtat. L'article feia una síntesi de la història del organisme durant aquest 30 anys, el que ha suposat la seva existència en relació a les polítiques d'igualtat i la por per la desaparició o desvirtualització de la seva funció. L'article referia:

“ L'“Instituto de la Mujer” ha estat un organisme molt relacionat amb les organitzacions de dones, ha actuat com a palanca de canvi en la proposició normativa i en la prestació de serveis. Un altre aspecte fonamental en les tasques de l'organisme, a més a més del desenvolupament de metodologia per a la igualtat en diferents polítiques públiques i la formació, ha estat el recolzament a través de convenis en la creació de serveis d'atenció a les dones més desafavorides i al desenvolupament de polítiques d'igualtat d'oportunitats a nivell autonòmic i local”

L'article acabava assenyalant, que en moments de crisi com l'actual en que les desigualtats augmenten i que s'acarnissen més en les dones, seria un error la seva desaparició o la seva desvirtualització.

L'*Observatorio de Salud de las Mujeres* (OSM) és un organisme de la Direcció General de l'Agència de Qualitat del Ministeri de Sanitat i Consum, creat el 2004, amb la finalitat de promoure la reducció de les desigualtats en salut per raó de gènere. Actua de manera participativa i col·labora per tal de generar i difondre els coneixements que permeten l'anàlisi de gènere i promoure la inclusió de l'enfocament de gènere i l'equitat en les polítiques i sistemes de salut.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> En: [http://www.inmujer.gob.es/ss/Satellite?pagename=InstitutoMujer%2FPage%2FIMUJ\\_Home](http://www.inmujer.gob.es/ss/Satellite?pagename=InstitutoMujer%2FPage%2FIMUJ_Home) (última revisió febrer 2012)

<sup>2</sup> En: [http://elpais.com/elpais/2012/04/11/opinion/1334158106\\_912440.html](http://elpais.com/elpais/2012/04/11/opinion/1334158106_912440.html)

<sup>3</sup> En: <http://msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm> (última revisió 30-1-2012).

Cal remarcar la promulgació de la Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, *per a la igualtat efectiva de dones i homes* (BOE, 71, de 23 de març de 2007); en l'exposició de motius, assenyala que "la igualtat entre dones i homes és un principi jurídic universal". La igualtat és un principi fonamental en la Unió Europea. Des de l'entrada en vigor del Tractat d'Amsterdam, de l'1 de maig del 1999, la igualtat de dones i homes i l'eliminació de les desigualtats entre uns i altres són un objectiu que cal integrar en totes les polítiques i accions de la Unió i dels seus membres, i així les polítiques d'igualtat entren a formar part de les agendes dels estats membres.

En l'apartat III de les exposicions de motius, diu que la novetat més gran d'aquesta llei radica en la prevenció de les conductes discriminatòries i en la previsió de les polítiques actives per fer efectiu el principi d'igualtat. Aquesta llei fa referència a les generalitats de les polítiques públiques de l'Estat espanyol tant estatals, com autonòmiques, com locals. En el capítol II del títol segon, s'estableixen els criteris d'orientació de les polítiques públiques en matèria d'educació, cultura i sanitat. La promulgació de la llei orgànica per a la igualtat efectiva entre dones i homes és el primer pas per a la integració de la perspectiva de gènere com a política pública. Aquesta llei es va aprovar al Congrés de Diputats i Diputades sense cap vot en contra.

### 1.3. SISTEMA SEXE/GÈNERE I LA SEVA RELACIÓ AMB LA SALUT I ELS SEUS PROBLEMES

#### 1.3.1. ANTECEDENTS

Per estudiar la relació actual entre la salut i el sistema sexe/gènere i com el sistema sanitari va incorporant les polítiques d'igualtat, cal explicar els antecedents, això vol dir explicar breument l'evolució de la situació de les dones en la pràctica sanitària i analitzar com ha influït la seva posició social en el procés salut-malaltia. Desenvoluparem aquesta revisió en tres apartats:

1. Exclusió de les dones de la pràctica mèdica.
2. Androcentrisme en les ciències de la salut.
3. Alternatives al pensament androcèntric: teories feministes segle XX.

#### **1. Exclusió de les dones de la pràctica mèdica**

L'element central per explicar aquesta exclusió és que les societats humanes han estat i són patriarcales. Gerda Lerner defineix el patriarcat com "la manifestació i institucionalització del domini masculí sobre les dones, nens/es, en la família i l'extensió del domini masculí sobre les dones en la societat en general. Implica que els homes ostenten el poder en totes les institucions importants de la societat i que les dones són privades d'accés a aquest poder. No implica que les dones es quedin

totalment al marge del poder ni que estiguin totalment privades de drets, influència i recursos". (LERNER,1990)

L'inici del patriarcat com a organització social no igualitària entre els sexes, que suposa l'exclusió de les dones de l'organització social, el podem situar al començament de la cultura cretenca. En la mitologia grega, es relata el domini de les erínies per Atenea en l'*Orestíada* i s'observa que les que abans venjaven les injustícies comeses contra les dones són reduïdes a guardar silenci. A partir de la filosofia grega i, sobretot, amb Aristòtil, s'instaura la misogínia com a fet natural:

"En els éssers humans, el fetus de la femella no té la mateixa perfecció que el del mascle... perquè les femelles són de natura més dèbil i freda, i cal considerar el caràcter femení com una espècie de deficiència natural".

La persistència de la misogínia com una de les expressions del patriarcat continua al llarg de la història, com ho demostren les manifestacions recollides per diferents autors/es:

"Tota dona hauria d'averkonyir-se al pensar que és una dona"

(Clement d'Alexandria, 150-215 n.e.)

"No existeix bèstia salvatge tan perillosa com la dona"

(St. Joan Crisòstom, 347-407 n.e.)

Sant Tomàs d'Aquino (s. XII) afirmava que les dones no tenien ànima i que eren un defecte de la natura:

"La natura intenta que neixi un fill baró: el naixement d'una nena indica que alguna cosa ha sortit malament, una prova que la dona és defectuosa i està mal concebuda..."

Ara bé, des de l'antiguitat, existeixen evidències que les cures habituals, és a dir, les cures que sustenten la vida de cada dia estan vinculades, fonamentalment, a les activitats de les dones (COLLIÈRE, 1993). Diverses autores apunten que, al llarg de la història, les dones van ser les primeres metgesses, anatomistes, infermeres, farmacòlogues i llevadores. Amb l'observació i l'instint de supervivència, feien de totes les tasques relacionades amb el fet de tenir cura, un element important en la vida de les dones (ORTIZ, 2007). Denominades dones sàvies per la gent del poble, constituïen l'única atenció mèdica de què es disposava, ja que els metges no estaven a l'abast de tota la població. Aquestes dones sàvies tenien autoritat i, per això, se les va acusar de bruixes; la major part d'aquestes dones condemnades per bruixes eren simplement sanadores no professionals al servei de la gent del poble, majoritàriament, pagesa. El període de la caça de bruixes va durar més de quatre segles (segles XIV- XVII), se les acusava de nombrosos delictes, però les tres acusacions que més es repetien eren crims sexuals en contra dels homes, estar organitzades i tenir poders màgics sobre la salut (provocar mal i capacitat de curar), o sigui, tenir coneixements mèdics i

ginecològics (EHRENREICH i ENGLISH, 1973). El paper de les sanadores va ser desprestigiats, reprimit i considerat il·legal.

La creació de les universitats al segle XIII amb l'accés vedat a les dones, fins a la segona meitat del segle XIX, va suposar el desenvolupament de la medicina com a professió, exigint una formació universitària i va facilitar l'exclusió legal de les dones de la pràctica mèdica (ORTIZ, 2007).

És a partir de la segona meitat del segle XVIII quan es comença a plantejar la problemàtica de la situació de les dones i a reivindicar-ne l'emancipació. Obres com la de Mary Wollstonecraft (1792), *Vindicación de los derechos de las mujeres*, o la d'Olimpia de Gouges (1791), que, revisant la *Declaració dels drets de l'home* i en protesta per l'exclusió de les dones del dret al vot i dels beneficis generats per la Revolució Francesa, va escriure la declaració dels *Drets de la dona i la ciutadana*.

Es considera Maria Elena Maseras Ribera la primera alumna universitària, que es matricula mitjançant un permís especial, atorgat pel rei Amadeu de Savoia el 1871 i inicia els estudis de Medicina a la Universitat de Barcelona el curs 1872-1873 (MORENO, 2008; DUCH, 2011). Tal com ressenya Duch (2011), Maseras no va poder exercir la pràctica mèdica i va optar per estudiar Magisteri i exercir de mestra, professió més feminitzada. L'any 1910 es regula l'accés igualitari de les dones a la universitat, però no l'exercici professional.

## 2. Androcentrisme en les ciències de la salut

El domini del patriarcat es manifesta en l'androcentrisme i posa de manifest el poder exercit pel sistema patriarcal sobre la ciència, que s'elabora a partir d'un grup social per exclusió de l'altre. L'androcentrisme considera l'home com a mesura de totes les coses (SAU, 1981). Les ciències relacionades amb les cures de salut comparteixen els fonaments del sistema patriarcal. La idea de la inferioritat del cos de la dona i la idea del cos únic, isomorf, eren el resultat d'incorporar expectatives socials en les representacions de la natura. Amb això, la ciència neutralitzava i legitimava les creences i pràctiques culturals dominants (ORTIZ, 2002).

Segons Valls-Llobet (2006), el sexisme i la misogínia han estat presents en el substrat de les actuacions de la medicina enfront de les dones. Si tradicionalment s'ha cregut que els problemes de les dones són menys importants i les seves capacitats, inferiors a les dels homes, és fàcil comprendre que, quan es va iniciar l'època moderna, foren excloses de la investigació biomèdica, tenint en compte, a més a més, que es pensava que no existien diferències anatòmiques ni fisiològiques entre els dos sexes i, per tant, si s'estudiava l'home, els resultats podien aplicar-se a la dona. L'estudi de "l'home" com a ésser biològic pel que fa a la recerca, la docència i l'assistència, elements que

conformen les ciències de la salut, i les posteriors generalitzacions de les troballes en els dos sexes constitueixen el fonament de la invisibilitat de les dones en les ciències de la salut.

Una part dels estudis epidemiològics s'han centrat en una població exclusivament masculina i les generalitzacions han servit per emmascarar les desigualtats en salut entre homes i dones; és un exemple de la pràctica el que anomenem “pensar el món en masculí”. Els problemes de salut propis de les dones se centraven, principalment, en els de la salut sexual i reproductiva: trastorns de la menstruació, les malalties derivades de l'embaràs i part i els tumors ginecològics.

### **3. Alternatives al pensament androcèntric: teories feministes del segle XX**

A partir del segle XIX, alguns moviments de dones promouen un pensament alternatiu a l'androcentrisme. Els primers moviments busquen la defensa dels drets de les dones i, posteriorment, elaboren teories explicatives de la desigualtat entre homes i dones. Les feministes de finals del segle XIX i primera meitat de segle XX van centrar la seva lluita en la reivindicació del dret al vot i la igualtat jurídica i política de les dones. Però no va ser fins al 26 d'agost del 1920 que es pot llegir en la Constitució nord-americana: “El dret dels ciutadans dels Estats Units al vot no pot ser negat o limitat pels Estats Units per cap motiu, a causa de la diferència de sexe” (esmena núm. 19 de la Constitució nord-americana). A l'Estat espanyol, amb la II República, en les eleccions a Corts Constituents de l'1 de setembre del 1931, mitjançant un decret es concedia la qualitat d'elegibles les dones. Les primeres diputades de l'Estat espanyol electes per a les Corts Constituents van ser Victoria Kent i Clara Campoamor. Aquesta va defensar el dret al vot femení, que va quedar recollit en la Constitució Republicana de l'any 1931 (CAMPOAMOR, 1936).

Serà amb el desenvolupament de les teories feministes del segle XX i els estudis realitzats vers l'atenció sanitària prestada a les dones, l'anàlisi dels processos de salut-malaltia i els moviments de dones i salut, interessades a promoure el control del propi cos, que han permès la desconnexió dels paradigmes associats al patriarcat. En aquest sentit, progressivament, es van plantejant alternatives al pensament androcèntric en l'àmbit de la salut, generant nous estudis que ens revelen la invisibilitat de les dones i la seva situació de subordinació. És necessari continuar investigant per trobar noves explicacions i alternatives als processos de salut i malaltia en els quals s'analitzi la influència del gènere com a element constitutiu i generador de desigualtats.

El Col·lectiu de Dones de Boston (Boston Women's Health Collective) representa una de les experiències més emblemàtiques. Van escriure el llibre *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, resultat d'un petit grup de discussió sobre “les dones i els seus cossos” que va formar part d'una conferència pronunciada a Boston l'any 1969. El llibre tracta

sobre el cos de les dones, la maternitat, les relacions sexuals, la salut i les malalties més freqüents. L'últim capítol aborda el tema de la dona i la salut pública, i, des de la seva experiència, hi reflecteixen el seu pensament crític amb la conceptualització de les dones i dels seus cossos per part de la sanitat i dels/de les professionals sanitaris/àries, proposant informació i estratègies per poder resoldre aquests problemes (*Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston*, 1982).

Per tal de formar els professionals de la salut, Hohmann (1989)<sup>4</sup> va fer una primera proposta de les àrees en les quals caldria fer formació sobre la relació de dona i salut:

- Malalties cardíaques (malalties d'artèries coronàries, dislipèmies)
- Malalties endocrines (tiroide, diabetis, hirsutisme)
- Malalties infeccioses (sida, malalties transmeses sexualment)
- Malalties de les vies urinàries (incontinència, infecció de les vies urinàries)
- Malalties neurològiques (migranya, síndrome de fatiga crònica)
- Malalties musculoesquelètiques (osteoporosi, lupus, fibromiàlgia, síndrome canal carpià)
- Problemes en les mames (benignes, malignes, galactorrea)
- Salut reproductiva (contracció, salut pregestacional i postgestacional, embaràs d'alt risc)
- Menopausa
- Sexualitat
- Malalties que afecten la vagina i la cèrvix (vaginitis, displàsia cervical)
- Anomalies pelvianes (malalties inflamatòries de la pelvis, fibromes, càncer uterí)
- Anomalies de la menstruació (amenorrea, metrorràgies, endometriosis, síndrome premenstrual)
- Trastorns psiquiàtrics (depressió, ansietat, trastorns de la conducta alimentària, anorèxia i bulímia).
- Violència domèstica
- Addiccions a drogues i fàrmacs
- Dones en la medicina (problemes personals, professionals i familiars)

La *Food and Drug Administration* (FDA), agència americana que prova la utilització de nous tractaments, va publicar una guia el 1977 que exclouia, explícitament, dels assaigs, per considerar-les dins dels grups vulnerables per a la investigació, les dones en edat fèrtil com a prevenció d'un risc potencial de dany fetal. Fent una valoració

---

<sup>4</sup> Referenciat per la Dra. Carme Valls-Llobet. IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud. Investigación y planes de docencia libres de sesgos de género en Salud. Pamplona. Octubre de 2009.



sobre els resultats d'aquesta decisió, en el desenvolupament del coneixement sobre la salut de les dones, aquest fet ha pogut perjudicar més que no pas protegir. L'any 1993 la FDA va eliminar aquesta prohibició i va instar a incloure dones en tots els assaigs. Més tard, el 1994, l'Institut Nacional de Salut dels Estats Units va publicar una altra guia en què es recomana la inclusió de dones i minories com a subjectes de recerca clínica (ARTAZCOZ, 2005).

Des dels anys noranta del s. XX, hi ha diferents iniciatives, estudis i publicacions que representen la consolidació dels coneixements científics en la relació del sexe/gènere i la salut. Una d'aquestes iniciatives va ser les xarxes internacionals que durant l'any 1990 es van reunir en diversos llocs del món: Barcelona, amb el Primer Simposi Internacional sobre Dona i Qualitat de Vida, organitzat pel CAPS, Women's Health Meeting de Boston (*Quadern CAPS*, 1991).

Un altre element que cal destacar és la inclusió de l'ítem *women's health* ('salut de les dones') en l'*Index medicus* l'any 1991, considerat aquest l'índex complet dels articles de revistes mèdiques científiques publicades des del 1879 als Estats Units.

L'any 1991 la doctora Healy, amb la publicació de l'article "The Yentl syndrome" en la revista *New England Journal of Medicine*, va posar en evidència la mala praxi dels serveis de cardiologia americans per no realitzar les mateixes tècniques diagnòstiques ni les mateixes exploracions a dones que a homes. Aquella anàlisi va mostrar que es practicaven moltes més coronariografies a homes que a dones i que les dones estaven excloses sistemàticament dels assaigs clínics. Una mostra més d'aquest impuls és la conferència anual de la British Psychological Society de l'any 1992, que portava el nom de "Dona i salut: un enfocament feminista" (WILKINSON i KITZINGER, 1996).

Tots aquests moviments de dones destaquen per ser l'inici i el referent en la construcció del coneixement sobre la influència del gènere en la salut i els problemes de salut. Marcia Angell, en l'editorial del *New England Journal of Medicine* (juliol de 1993), analitza la discriminació de les dones en la investigació mèdica i n'assenyala la discriminació en tres aspectes:

1. Les malalties de les dones han estat menys estudiades.
2. És menys probable que les dones estiguin incloses com a participants en assaigs clínics.
3. És improbable que les dones puguin aconseguir ser directores d'investigacions per dur a terme assaigs clínics.

Aquestes línies de recerca citades es van desenvolupar a partir de la formulació i el desenvolupament de la teoria dels gèneres. Aquesta teoria planteja una línia explicativa de la influència del sexe/ gènere en la salut.

La teoria dels gèneres té els seus antecedents en les descripcions etnogràfiques i l'observació d'altres cultures, en què es van descobrir societats amb més de dos gèneres. Es demostra que pot haver-hi diversitat de continguts en allò que es considera masculí i femení en les diferents cultures i èpoques. Aquest descobriment va contribuir a desconstruir el suposat caràcter natural de les identitats masculines i femenines.<sup>5</sup> Al variar les capacitats i aptituds atribuïdes a les dones i als homes d'una societat a una altra, d'una època a una altra, això va significar que no estaven establerts per la biologia, si no que la seva determinació era social. Aquest plantejament revoluciona les idees tradicionals sobre el tema, perquè llibrera a homes i dones del determinisme biològic i obri noves possibilitats d'identitat social (SUBIRATS, 1994). Al variar les capacitats i aptituds atribuïdes a les dones i als homes d'una societat a una altra, d'una època a una altra, això significa que no estan establertes per la biologia, si no que la seva determinació és social. Aquest plantejament revoluciona les idees tradicionals sobre el tema, perquè llibrera a homes i dones del determinisme biològic i obri noves possibilitats d'identitat social (SUBIRATS, 1994)

Aquest sistema conceptual (sexe/gènere) posava en dubte la suposada base biològica dels comportaments masculins i femenins i afirma que el gènere és una construcció social, és a dir, que el que s'entén que és un home o una dona no són un conjunt de dades anatòmiques, sinó construccions socials i culturals amb un suport biològic ambigu i inestable (RIVERA, 2003).

Gayle Rubin (1975) defineix el sistema sexe/gènere com el sistema de relacions socials que transforma la sexualitat biològica, que no s'ha de confondre amb el sexe, en un producte de l'activitat humana quant a la divisió sexual del treball i l'orientació heterosexual de l'erotisme.<sup>6</sup> Per altra banda, segons Judith Butler, en el procés de constitució de la subjectivitat intervenen relacions de poder que ens constitueixen com el que som: dones o homes. Ens fa ser dones o homes sometents a les reglamentacions del gènere: la dona és fer de dona i home és fer d'home (BUTLER, 1990).

Per a Marina Subirats (1994) la teoria del sexe/gènere introdueix aquest dos termes per facilitar la distinció entre els fets biològics i els fets socials. Es indiscutible que des del punt de vista biològic hi ha diferències entre homes i dones. Però no està demostrat que aquestes diferències biològiques, per a les quals s'utilitza el terme "sexe", impliquen per si mateixes capacitats, aptituds i actituds diferents entre els individus. Lo que configura capacitats, comportaments o personalitats diferents és el gènere: el gènere és un conjunt de normes diferenciades per a cada sexe, que cada

<sup>5</sup> Els antecedents a la teoria dels gèneres cal buscar-los en els estudis antropològics de Margaret Mead i en *El sexe de Simone de Beauvoir*, amb l'afirmació que: "La dona no neix, sinó que es fa".

<sup>6</sup> En la publicació *El tràfic de dones: Notes sobre l'economia política del sexe*, en Rayne Reiter, ed., *Toward an Anthropology of Women*, New York, Monthly Review Press (1975), va encunyar el concepte *sistema sexe/gènere*.

societat elabora segons les seves necessitats i que són imposades als individus a partir del naixement, com a pautes que deuen de regir els seus comportaments, desitjos i accions de tot tipus. Els gèneres estan contínuament redefinint-se per la societat, no són mai totalment estables i es van modificant en relació a altres canvis socials, com la divisió del treball, la moral sexual, els canvis demogràfics, inclòs les guerres.

La consideració dels gèneres com a conjunt de pautes socials (es a dir, com a construccions socials) diferenciadores i limitadores de les possibilitats individuals, posa de manifest una relació de poder: la dominació dels homes i mes específicament del gènere masculí, sobre les dones. Aquesta dominació dóna forma a totes les relacions socials: el treball, la política, la cultura, la ciència i òbviament a les relacions interpersonals. En aquesta relació de poder, les actituds i comportaments que històricament han estat atribuïdes al gènere masculí són les predominants i generals, mentre que l'univers que tradicionalment ha estat considerat com a propi de les dones es vist com alguna cosa particular i sense transcendència per al conjunt de la societat. En aquest sentit la dominació d'un gènere per l'altre constitueix la base d'un ordre socials jeràrquic, que determina posicions dels individus al marge de les seves capacitats específiques. (SUBIRATS, 1994)

Tal com ens recorda Izquierdo (2003), el gènere és un concepte que assoleix una pluralitat de dimensions: la física (que denominem sexe), la psíquica, la social, la política, la cultural o l'econòmica, per anomenar-ne les principals, però destaquen, arribant a condicionar els restants àmbits: la manera com les persones es relacionen en la producció, l'orientació del seu desig i la pauta predominant que guia les accions. El que denominem *dona* i *home* no són subjectes sotmesos a relacions desiguals, sinó efectes del poder, materialitzacions de la desigualtat social.

Segons Izquierdo (2003), dins de la dimensió social del gènere: "Que els homes i les dones ocupen diferents posicions socials no ha passat de manera espontània, sinó que és el resultat de l'exercici del control social. Formen part del control social, garantint que les persones s'ajusten a unes certes exigències socials: el sistema educatiu, la família, l'organització del treball, el tractament de les diversitats culturals, els mitjans de comunicació, etc."

La interiorització del gènere a través dels components afectius i cognitius es produeix a la primera infantesa i implica l'assumpció de pertinença a un sexe per diferència de l'altre. El gènere té un vessant col·lectiu que pressuposa l'adaptació dels subjectes a les expectatives de la cultura on es neix i creix, i un vessant individual que és com i en quina mesura viu cadascú el seu gènere (SAU, 1993) Els xiquets i les xiquetes socialitzen de manera diferent, desenvolupant unes qualitats i atrofiant-ne unes altres (IZQUIERDO, 2003).

Per a Astelarra, el gènere s'expressa en quatre àmbits:

1. Les característiques biològiques secundàries. Les quals no són duals, és a dir, no corresponen només a dos tipus radicalment divergents. Les seves diferències es poden descriure en termes d'un continu: en alguns casos, un sexe posseeix més d'elles que l'altre, i al contrari.
2. La identitat personal. Així com els trets físics secundaris no són dicotòmics, sinó que formen un continu, també els trets psicològics, la "feminitat" i la "masculinitat" dels éssers humans té aquesta mateixa característica.
3. Els rols socials. En cada societat hi ha rols femenins i rols masculins i cada societat decideix quines tasques són de competència dels barons i seran considerades activitats masculines i quines corresponen a les dones, convertint-se en funcions femenines. Els nens i les nenes són educats i socialitzats perquè aprenguin a desenvolupar aquestes tasques i perquè acceptin aquest ordre social com a "normal". Existeixen normes que prescriuen els comportaments acceptables per a uns i altres, i mecanismes de sanció i control per impedir que es produeixin desviacions en les conductes individuals.
4. Els àmbits socials. En la societat moderna, industrial i urbana, l'organització del sistema de gènere es va expressar a través d'una forma de divisió sexual del treball que va incrementar la separació de l'espai privat, la llar, destinat a les dones, de l'espai públic, predominantment masculí. L'àmbit públic va adquirir valor econòmic, social i de prestigi, mentre que a l'àmbit privat només se li va assignar un valor simbòlic, essent la família la institució central del sistema de gènere (ASTELARRA, 2005).

Per a Scott (1988), les teories sociològica i sociobiològica de gènere són les més utilitzades per explicar les diferències i desigualtats en l'assignació de rols desenvolupats per homes i dones en la societat. La teoria sociobiològica es fonamenta en el fet que les diferències entre homes i dones són de caràcter biològic i no social. La teoria sociològica no descarta la importància de les diferències biològiques, però considera que els principals factors que condicionen les desigualtats de gènere són d'origen social i polític (SCOTT, 1988). Així, els eixos bàsics de la conceptualització del gènere, socialització, rols i normes, que són desiguals per a homes i dones, incideixen tant en l'estructura d'oportunitats com en la divisió social del treball. D'aquesta manera, es manifesten desigualtats socials pel que fa a la perspectiva de vida que inclouen, per un costat, l'educació, l'ocupació i els sous i, per l'altra, l'organització del treball reproductiu. Les ocupacions estan clarament matisades pels rols socials que, sistemàticament, depenen del gènere (ROHLS, 2000).

### 1.3.2. ELEMENTS PROPIS DE GÈNERE RELACIONATS AMB LA SALUT

Com ja hem mencionat abans, la salut és un procés complex determinat per la interrelació de factors biològics, psicològics i socials.

Segons Rohlfs (2000), les variables que cal tenir en compte per dissenyar les enquestes de salut i que possibilitarien l'anàlisi des de la perspectiva de gènere en la salut i els seus problemes són les que s'indiquen en la *taula 1*.

*Taula 1: Variables que possibiliten l'anàlisi des d'una perspectiva de gènere*

#### 1. Sociodemogràfiques i de treball:

- Estat civil de fet
- Classe social
- Nivell d'estudis
- Situació laboral
- Treball productiu (remunerat)
  - Ocupació o lloc de treball
  - Tipus de contracte
  - Tipus de jornada laboral
  - Hores de treball a la setmana
- Treball reproductiu (no remunerat)
  - Estructura familiar (convivència): edat, sexe, parentiu de les persones que conviu
  - Treball domèstic
  - Realització del treball domèstic: fer la compra, cuinar, netejar, planxar...
  - Repartiment del treball domèstic
  - Cura de les persones dependents (criatures, persones grans, discapacitats/es)
  - Repartiment de les cures
  - Disponibilitat d'ajuda externa (familiar o contractada) per realitzar les tasques domèstiques i de cura
  - Hores dedicades al treball reproductiu

#### 2. Morbiditat, salut percebuda, qualitat de vida i salut mental. Trastorns crònics.

#### 3. Suport social (presència i tipus de xarxa social). Suport social funcional (afectiu i confidencial).

Font: ROHLFS i altres (2000)

Desenvoluparem algunes d'aquestes variables per la seva importància en relació amb la salut i els seus problemes:

*L'estat civil o convivència en parella* té un efecte diferent respecte a la salut en relació amb el gènere. Per als homes, és un factor protector i, per a les dones, a causa de la distribució desigual del treball domèstic, significa un augment del treball reproductiu i pot contribuir al deteriorament de la salut (ROHLFS 2000).

*La classe social* és un dels determinants més importants de la salut. En la nostra societat, les dones són més vulnerables a situacions de pobresa i exclusió social. És essencial analitzar com el gènere s'associa amb les circumstàncies socioeconòmiques

individuals i familiars, de manera que, a mesura que empitjoren les condicions de l'entorn, els indicadors de salut són més negatius. Per aquest motiu, és important estudiar com les condicions de l'entorn social, dels treballs (productiu i reproductiu) i dels hàbits de vida influeixen sobre la salut dels individus, però cal també evidenciar els punts en què els determinants són diferents segons el sexe, i discutir la salut d'una societat profanament desigual depenent del gènere (ROHLFS, 2000).

Per a Borell (2004), hi ha pocs estudis que hagin analitzat les desigualtats en salut tenint en compte diferents mesures de classe social per a les dones. A les dones s'atribueix la classe social del marit o de la persona cap de la família. Segons Borell, hi ha diferents indicadors per assignar classe social a les dones:

- La classe social convencional, que atribueix a les dones la classe social basada en l'ocupació del marit o de la persona cap de família.
- La classe social individual, que atribueix a les dones la classe social basada en la seva pròpia ocupació.
- La classe dominant, que es basa en l'atribució de la classe social basada en l'ocupació més privilegiada de la llar.

*La situació laboral:* la influència del treball en la salut ha estat àmpliament evidenciada; nombrosos estudis posen de manifest la influència de les condicions del treball en la salut i la diferència de distribució segons el gènere. Els homes solen tenir un treball que requereix més esforç físic i les dones solen estar exposades a factors de risc més de tipus psicosocials (ESCRIBÀ, 1997). Estudis realitzats a la població ocupada de 25 a 64 anys, casada o que viuen en parella, evidencien l'impacte negatiu de la doble jornada sobre diferents indicadors de salut en les dones, però cap associació en els homes (ARTAZCOZ, 2001 i 2002).

En l'*Enquesta Anual d'Estructura Salarial del 2009* de l'Institut Nacional d'Estadística,<sup>7</sup> en relació amb el sou, assenyalava que els guanys mitjans anuals per als homes van ser de 25.001,05 euros i de 19.502,02 euros per a les dones. Per tant, els guanys mitjans anuals femenins van suposar el 78% dels masculins. Aquesta diferència es redueix si es consideren situacions similars respecte a variables com tipus de contracte, jornada, ocupació, antiguitat... L'informe continua dient que la distribució salarial entre sexes és apreciable. L'any 2009, el 15,2% de les dones va tenir ingressos salarials menors o iguals que el salari mínim interprofessional, enfront del 5,6% dels homes.

Diverses autores (TURNS, 2007; BORDERIAS, CARRASCO i ALEMANY, 1994) apunten que, en el treball productiu o remunerat, cal assenyalar dos tipus de segregació que és donen per raó de gènere. La segregació horitzontal o la dificultat per accedir a certs

---

<sup>7</sup> Disponible: [www.ine.es/prensa/prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/prensa.htm). Última revisió 15-3-2012.

llocs de treball, catalogats per a un sexe determinat, i la segregació vertical o sostre de vidre, es denomina així una superfície superior invisible en la carrera laboral de les dones, difícil de traspasar, que impedeix seguir avançant. El caràcter d'invisibilitat ve donat pel fet que no existeixen lleis ni dispositius socials establerts ni codis visibles que imposin a les dones aquesta limitació, sinó que estan construïts damunt de la base d'uns altres condicionants que són difícils de detectar.

*El treball reproductiu:* Carrasquer<sup>8</sup> el defineix com el conjunt d'activitats de la llar, amb la qualitat principal que es tracta d'un treball dirigit a garantir la reproducció biològica, social i ideològica de la força del treball, diferenciant-lo del treball productiu (producció de béns i serveis). El treball reproductiu es considera part del rol de les dones i té una falta de reconeixement important. Es tracta, principalment, de treballs monòtons i repetitius que, en alguns casos, suposen una doble càrrega de treball. Aquestes característiques fàcilment produeixen una baixa autoestima. Les exigències del treball domèstic tenen un impacte negatiu en la salut de les dones, però no en els barons. Hi ha un desequilibri entre les dones i els homes amb relació al temps dedicat al treball reproductiu (ARTÁZCOZ, 2001). Rolhfs destaca que, per a les dones, el fet de "convivre" significa invariablement "cuidar" i no tan sols les criatures, sinó totes les persones que formen part de la llar, ( ROHLFS, 2000).

L'escàs nivell de desenvolupament dels serveis a les famílies i la sobrecàrrega de responsabilitats (i, en particular, a les dones) és elevat. El poc pes dels serveis públics d'ajuda a les famílies crea una sobrecàrrega a les dones espanyoles, que cuiden els nens, els joves, els marits o companys, les persones grans i discapacitades; un 42%, a més a més, treballa en l'àmbit productiu, cosa que significa una enorme sobrecàrrega (NAVARRO, 2004). El fet de cuidar, per a les dones, suposa moltes vegades haver de demanar una excedència del lloc de treball o una ocupació a temps parcial. Així, segons l'enquesta de població activa de l'Estat espanyol (INE), el 2010 el 97,10% de les persones que van optar per l'ocupació a temps parcial, per motiu de cura de fills/es, adults malalts o discapacitats, van ser dones. Segons dades de la Tresoreria General de la Seguretat Social, el 2010, en relació amb les persones que van demanar excedència per cuidar fills/es o familiars discapacitats o malalts el 84,89% van ser dones.<sup>9</sup>

En l'anàlisi realitzada per Benach (2004) sobre el treball reproductiu, les dones per cada hora de treball remunerat desenvolupen quasi cinc hores en tasques familiars. Les dones continuen sent les principals responsables del bon funcionament de l'organització familiar, assumint en soledat la càrrega física i mental que es deriva d'aquesta responsabilitat.

---

<sup>8</sup> CARRASQUER, Pilar. "¿En los límites de la modernidad? Trabajo y empleo femenino precario en España. Simposium III. Tecnología, Trabajo y Globalización", VII Congreso Español de Sociología. Salamanca, 2001. Disponible: [quit.uab.es/pool/files/bin/PCSalamanca.pdf](http://quit.uab.es/pool/files/bin/PCSalamanca.pdf).

<sup>9</sup> En: [www.inmujer.gob.es](http://www.inmujer.gob.es). "Mujeres y cifras". Última revisió 7-3-2012

En un estudi realitzat a 100 cuidadors/es principals d'ancians amb demència, 86 eren dones i en 51 domicilis vivien, a més a més de la persona amb demència, una altra persona de més de 65 anys (PANISELLO, 2000). Segons dades de l'Observatorio de Mayores (IMSERSO), referenciat per Navarro i Quiroga (2004), existeix un patró d'assistència definit segons el sexe de les persones dependents. Les dones grans dependents són cuidades, principalment, per les seves filles. Els homes grans dependents són atesos per les seves mullers o filles. "El model d'atenció a la discapacitat de la gent gran es basa en la dona, muller o filla, cuidadora de l'home, marit o pare. La part fonamental de les cures està a càrrec de les dones en edat mitjana entre (40-65 anys). És preocupant comprovar que quasi un 12% dels cuidadors (fonamentalment, dones) tenen més de 70 anys. En un estudi epidemiològic transversal d'àmbit estatal de l'Enquesta de Discapacitat, Autonomia Personal i Dependència del 2008, sobre una mostra de 7.512 persones cuidadores principals, els resultats confirmen que les cures de persones dependents continuen sent un treball altament feminitzat. La major percepció de deteriorament de la salut com a conseqüència de les cures que mostren les dones respecte als homes cuidadors es relaciona tant amb la major percepció de la responsabilitat de les cures com amb les característiques de les cures que es donen, més intenses i amb major dedicació a tasques associades a risc per a la salut (GARCÍA CALVENTE; DEL RÍO LOZANO i MARCOS MARCOS, 2011).

Estudis realitzats en el nostre entorn mostren l'efecte protector sobre la salut de les dones quan disposen d'una persona contractada per al treball domèstic, independentment de l'edat i de la classe social (ARTÁZCOZ, 2002).

#### 1.3.2.1. INDICADORS DE LA SITUACIÓ DE SALUT EN RELACIÓ AMB EL SEXE/GÈNERE<sup>10</sup>

Les enquestes de salut, aporten dades rellevants per establir les polítiques sanitàries, des de la sociologia i la infermeria s'han fet estudis per analitzar les relacions entre les característiques socioeconòmiques i els nivells de salut.<sup>11</sup>

A continuació, s'exposen alguns indicadors de salut i els seus problemes en relació amb el sexe/gènere.

---

<sup>10</sup> Hem d'assenyalar que les dades que mostrem en aquest apartat provenen algunes de l'*Enquesta de Salut de Catalunya del 2006* (ESCA 2006) i algunes altres de l'ESCA 2010. L'ESCA a Catalunya es realitzava mitjançant enquestes realitzades de manera periòdica (edicions de 1994, 2002 i 2006). A partir de 2010, l'ESCA passa a ser contínua; se'n mantenen els objectius i els continguts bàsics de les anteriors edicions; el canvi és fonamentalment metodològic, centrat en la recollida ininterrompuda de la informació i el seu tancament en onades semestral. Els resultats de cada onada són representatius per al conjunt de Catalunya. Disponible: ([http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3574/esca\\_ftecn.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3574/esca_ftecn.pdf)).

<sup>11</sup> Desigualdades en salud por clase social y Política Sanitaria. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1994-2002). Tesis Doctoral. Roser Pérez Giménez. UAB,2006.  
En: <http://sapsuab.files.wordpress.com/2008/01/tesis.pdf>



## Esperança de vida, mortalitat i autopercepció de la salut

Segons el segon *Informe Central de Resultats - Desembre de 2010* del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya,<sup>12</sup> a l'any 2008, l'esperança de vida de les dones és de 84,5 anys i la dels homes 78,2. Les dones viuen més anys, però amb més problemes de salut (*taula 2*). El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015<sup>13</sup> assenyala que més de la meitat de les defuncions a Catalunya són causades per malalties del sistema circulatori i per tumors. En els homes, la causa més freqüent són els tumors (33,2%) i, en les dones, les malalties circulatories (32,9%). Dels tumors, el que causa més mortalitat en els homes és el de pulmó i, en les dones, el de mama.

Les dones han d'afrontar, en major proporció que els homes, el trauma de la viduïtat i els pocs recursos econòmics, situació que, en ocasions, es prolonga durant dècades. Això comporta un estat de soledat que, unit a una salut precària, degrada la qualitat de vida. Amb l'edat, s'incrementa la pobresa, la soledat i les discapacitats (MATEU, 2007).

*Taula 2. Indicadors de salut*

<i>Indicadors</i>	<i>Dones</i>	<i>Homes</i>
Mortalitat (2008)	8 ‰	8,6‰
Esperança de vida en néixer (2008)	84,5 anys	78,2 anys
Esperança de vida lliure discapacitats (2006)	65,8 anys	65,9 anys
Esperança de vida en bona salut (2006)	60,6 anys	63,0 anys

Font: Centrals de Resultats Departament de Salut

Veiem que les dones tenen una esperança de vida més elevada, però aquests anys disminueixen pel que fa a l'esperança de vida lliure discapacitats i és més elevada en els homes en relació amb l'esperança de vida amb bona salut.

Pel que fa a la *percepció de la salut* en l'*Enquesta de Salut de Catalunya 2006* (ESCA), el 83,4% dels homes i el 73,8% de les dones declaren salut positiva. La percepció de salut empitjora a mesura que augmenta l'edat i també en les classes socials més desfavorides. L'instrument que utilitza l'ESCA 2006 per analitzar la qualitat de vida és el qüestionari EuroQol -5D. Aquest explora cinc dimensions de la qualitat de vida associades a la salut: la mobilitat, la cura personal, el desenvolupament de les activitats quotidianes, la presència de dolor i/o malestar i la sensació d'ansietat o depressió.

<sup>12</sup> Disponible:

[http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/central\\_resultats\\_segoinforme\\_2011.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/central_resultats_segoinforme_2011.pdf),  
última revisió novembre 2011.

<sup>13</sup> Disponible: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf),  
última revisió març 2012.

Els resultats indiquen diferències importants entre el grup d'edat i sexe. Les dones manifesten una major freqüència de problemes en totes les àrees estudiades i també s'observa un increment dels problemes declarats en els grups de major edat i en classes socials més desfavorides.

### **Morbiditat**

A continuació, s'exposen els factors de morbiditat més rellevants i s'analitza de forma comparativa la seva prevalença entre homes i dones.

Segons el Pla de Salut de Catalunya abans esmentat, el 77,1% de la població de 15 anys i més (71,7% d'homes i 82,3% de les dones) declara patir o haver patit un trastorn crònic o més. *Els trastorns crònics* declarats amb major freqüència són els agrupats sota la denominació de dolor d'esquena crònic i artrosi, artritis o reumatisme; les dones manifesten patir-los en un percentatge superior al dels homes. Per ordre de freqüència, segueixen els agrupats sota la denominació de mala circulació, migranyes i pressió alta, que també predominen en el sexe femení (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2012).

La proporció de persones amb limitació per efectuar alguna de les activitats de la vida diària és superior en les dones (50,6%) que en els homes (28,1%) en tots els grups d'edat. Les limitacions són més freqüents a mesura que la població envelleix i es manté el diferencial per sexe (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2010).

Estudis realitzats per Bernstein (1990) en la dècada dels vuitanta demostraven que les queixes per dolor i malestar en les dones es consideraven, predominantment, psicosomàtiques i es tractaven amb ansiolítics i sedants. Són moltes les malalties que poden causar dolor muscular i articular, i cal tenir-les en compte. Destaquem en la *taula 3* les més freqüents i la relació de les prevalences de dones/homes (VALLS-LLOBET, 2006).

Taula 3. Malalties que poden causar dolor muscular i articular

<b>PROBLEMA DE SALUT</b>	<b>Prevalença població</b>	<b>Ràtio dones/homes</b>
Artritis reumatoide	3%	30/1
Síndrome de Sjögren	1/1000	9/1
Lupus eritematós sistèmic	1/1000	9/1
Miopatia hipotiroïdal o hipertiroïdal	20%	50/1
Deficiència subclínica de vitamina D amb hiperparatiroidisme secundari	38%	3/1
Artrosi per males condicions ergonòmiques de treball i vida. Doble jornada	Desconeguda	3/1
Contractura musculoesquelètica per estrès mental	30%	3/1
Osteopènia per anovulació o dèficit en la fase luteínica	30%	Específica en dones
Miopaties derivades de malalties virals o síndrome de fatiga crònica	Desconeguda	3/1
Síndrome d'afectació neuromuscular o miopatia mitocondrial per substàncies químiques	Desconeguda	3/1
Síndrome de miopatia mitocondrial i fatiga per anèmia i dèficit de ferro	73%	50/1
Osteoporosi	30%	3/1
Polimiàlgia reumàtica	5%	2/1
Arteritis temporal	5%	2/1

Font: VALLS-LLOBET, (2006)

*La fibromiàlgia* caracteritzada per dolor musculoesquelètic difús té una clara incidència en les dones (4,2% en les dones i 0,2% en els homes) (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2012).

S'ha determinat que prop de la meitat de les dones postmenopàusiques patiran fractures d'os relacionades amb l'osteoporosi.

Carme Valls, en el llibre *Mujeres invisibles*, ens parla de la *morbidity femenina diferencial* com el conjunt de malalties, motius de consulta o factors de risc que mereixen una atenció específica cap a les dones, perquè són problemes exclusivament de les dones o s'hi presenten més freqüentment ( VALLS-LLOBET, 2006).

Existeixen també factors de risc diferencials que caldria prevenir o abordar de manera diferent entre homes i dones com són les causes de patologia cardiovascular, la diabetis *mellitus* o l'obesitat. Lois Verbrugge ja assenyalava el 1989 que el pitjor estat de salut de les dones es devia a riscos adquirits i aspectes psicosocials com el sedentarisme, l'atur o l'estrès físic o mental que produeix la doble o triple jornada laboral que han de portar a terme, així com al treball emocional que constantment fan en el seu paper de cuidadores de tota la família i del seu entorn (VALLS-LLOBET, 2006).

*Els trastorns d'alimentació*, anorèxia, bulímia i les formes mixtes són molt més freqüents en les adolescents i dones joves. Poques patologies tenen de manera més evident la marca de la pressió cultural sobre l'ideal de dona i la importància dels missatges dels mitjans de comunicació.

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2006, una de cada cinc persones de 15 anys i més declara patir *hipertensió* (19,7%). En termes globals, un 21,0% de les dones declaren que són hipertenses enfront d'un 18,3% dels homes. En relació amb la *diabetis*, el 5,9% de la població de 15 anys i més declara patir diabetis mellitus (tipus I o II), amb una prevalença de 6,3% en les dones i de 5,4% en els homes.

La relació del gènere en les *malalties cardiovasculars* (MCV), la tractarem en un altre apartat per la seva importància amb aquesta tesi, ja que hem centrat la nostra anàlisi en el Pla Director de les MCV, per contestar la pregunta que ens formulem com a eix central de la tesi i acceptar o rebutjar les hipòtesis formulades.

La probabilitat de tenir un *trastorn mental* (TM) segons l'ESCA 2006, en el moment de l'entrevista, va ser del 17,1% en la població de 15 anys i més, en les dones (19,2%) i en els homes (14,8%), segons el qüestionari GHQ-12 (*General Health Questionnaire*). Per grups d'edat i sexe, la probabilitat de patir TM és més elevada en les dones de tots els grups d'edat. Segons la classe social, s'observa una major prevalença de la probabilitat de TM en les classes més desfavorides i, especialment, en les dones d'aquestes classes. Pel que fa a la depressió i ansietat, destaca la major prevalença entre les dones per a tots els grups d'edat, presenten taxes que doblen i, fins i tot, tripliquen les que presenten els homes. El gènere és un factor de risc per a l'aparició de la simptomatologia depressiva. Cal assenyalar que el 76% de les dones cuidadores de malalts de demència presentaven sensacions de depressió (PANISELLO, 2000). L'increment de la morbiditat psiquiàtrica en dones casades de mitjana edat, en comparació amb les solteres, és un fet freqüentment observat, i remarca la importància en la formació dels professionals de psiquiatria en les diferències de gènere (MONTERO, 2004).

*La violència masclista* és un problema que repercuteix de forma determinant en la salut i la qualitat de vida de les persones que la pateixen. La magnitud d'aquest problema no es coneix amb exactitud. L'OMS (2002) defineix la violència de gènere com "l'ús intencional de la força física o poder, real o mitjançant amenaça, contra una altra persona i basat en el gènere, que pot resultar lesionada amb dany o patiment físic, sexual o psicològic, o coaccions, o privada de llibertat i que, en el pitjor dels casos, pot provocar la mort de les víctimes". Aquesta organització ha identificat la violència contra les dones com un element bàsic en el deteriorament de la salut, ja que les agressions físiques, psicològiques i/o sexuals, siguin d'intensitat alta o baixa, representen pèrdues, de vegades, irreversibles en totes les esferes de la vida de les persones afectades. El grau d'intensitat i les formes d'aquesta violència varien d'una societat a una altra segons els costums, mites o creences. Les dones maltractades arriben a la consulta amb símptomes diversos i poden ser tractades sense tenir en compte la seva situació particular, ja que, sovint, no s'atreveixen o no poden expressar amb claredat el maltractament i sofriment que pateixen (BLANCO, 2002).

Segons l'informe de l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa, de setembre de 2002, en els països de la Unió Europea la violència de gènere és la principal causa de mort o incapacitat entre les dones europees de 16 a 44 anys. Segons Rohlf i Valls (2003), la informació de què es disposa està dispersa, la violència és infradiagnosticada, infradeclarada i infradocumentada, es pot afirmar que la violència contra les dones és un problema de salut pública.

La violència contra les dones en la parella té el seu origen en les relacions de poder desiguals entre homes i dones. Segons les Nacions Unides, fins al 1991 solament vint-i-dos països del món industrialitzat havien concedit a les dones iguals drets que als homes en qüestió de matrimoni, divorci i propietat familiar (MEDINA, 2002). La violència contra les dones és una violència estructural perquè té el seu origen i es fonamenta en les normes i valors socials i culturals que determina l'ordre social patriarcal establert des de fa milers d'anys, no ha estat determinat per la natura humana (VALLS-LLOBET, 2006).

La millor manera de conceptualitzar la violència contra les dones és considerar-la un factor de risc per a la salut, ja que les seves conseqüències impliquen una àmplia gamma d'efectes en la salut de les dones (GARCIA-MORENO, 2000). Segons Villavicencio (1999), entre les conseqüències negatives per a la salut, hi trobem lesions traumàtiques, problemes ginecològics, hipertensió arterial, cefalees o la síndrome del còlon irritable. En relació amb l'impacte en la salut mental de la dona, la majoria dels estudis realitzats valoren la prevalença dels problemes psicològics entre aquestes dones. Hi ha autors que han defensat "la síndrome de la dona maltractada"; actualment, es considera que el maltractament incrementa una sèrie de símptomes i

quadres clínics que van des de l'ansietat, l'insomni o la baixa autoestima, fins a la depressió clínica o el trastorn per estrès posttraumàtic (STEIN, 2001).

Per la seva magnitud i les repercussions sobre la salut física i mental, la violència contra les dones és considerada per l'OMS un problema de salut pública.

La revisió realitzada pel que fa a les diferències de gènere en el VIH/SIDA per García-Sánchez sobre la vulnerabilitat a la infecció en relació amb el gènere, mostra que hi ha factors biològics i socials que afavoreixen la transmissió del VIH i l'adquisició de la malaltia en les dones en les pràctiques heterosexuales; entre aquests, destaquen les diferències anatòmiques, l'estadi de la malaltia, la presència d'altres infeccions de transmissió sexual, la natura i la freqüència de les relacions sexuals, la desigualtat social i la pobresa, i la falta de percepció de risc a la infecció (GARCÍA-SÁNCHEZ, 2004).

#### *Morbiditat diferencial entre dones de menys de cinquanta anys*

Les causes de la morbiditat entre dones menors de cinquanta anys, que poden produir cansament, malestar i dificultat en la memòria i la capacitat de concentració, són:

- Anèmies i deficiències en l'emmagatzematge de ferro: són més freqüents en les dones; entre el 18% i el 75% de les dones, segons els països, tenen anèmia, els símptomes solen ser poc determinats i poden incloure fatiga crònica, irritabilitat, mareigs, problemes de memòria, dispnea d'esforç, mals de cap i dolors ossis.
- Anèmies a causa del dèficit de ferro: és la més freqüent entre les dones, com a conseqüència dels sagnats menstruals abundants.
- Malalties autoimmunes: són més freqüents en dones. Aquestes malalties produeixen malestar i cansament, i habitualment transcorre un llarg període de temps, que pot ser d'anys, fins que es diagnostiquen. Això influeix en el fet que a moltes dones els les crea un estat depressiu, ja que han de viure i treballar amb una baixa qualitat de vida.
- Artritis reumatoide: és la causa més comuna d'artritis inflamatòria crònica, un 75% de les persones que la pateixen són dones, el pic més elevat de freqüència es produeix entre els vint i quaranta anys.
- Lupus eritematós sistèmic: és molt més freqüent en dones que en homes, amb una relació de 9/1.
- Malalties endocrines: les alteracions de la funció tiroïdal són més freqüents en el sexe femení, tant per raons genètiques com hormonals, i alguns fàrmacs utilitzats (anticonceptius hormonals). Els primers símptomes de la hipofunció tiroïdal són cansament, pèrdua de memòria, dolor muscular generalitzat i la tendència a la depressió; és la segona causa orgànica de malestar i se sol confondre amb problemes psicològics. Estudis sobre la qualitat de vida han posat de manifest que la disminució de la funció tiroïdal va acompanyada de canvis subtils en la vida de

les dones, com la impossibilitat d'acabar les tasques domèstiques, encara que es realitzi el treball remunerat, disminució del desig sexual (VALLS-LLOBET, 2006).

## Estils de vida

L'OMS el 1999 va definir els *estils de vida* com una forma de vida que es basa en patrons de comportament identificables, determinats per la interacció entre les característiques personals individuals, les interaccions socials i les condicions de vida socioeconòmiques i ambientals. L'adopció d'estils de vida diferents per dones i homes estan influïdes per les normes i rols establerts socialment i poden donar lloc a desigualtats en salut (LASHERAS, 2004).

En relació amb el *consum de tabac*, a Catalunya l'any 2010 el 29,5% de la població de 15 i més anys és fumadora (població fumadora diària més ocasional), el 34,1% en els homes i 24,8% de les dones (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2011).

En relació amb el *consum d'alcohol*, segon l'ESCA 2010, el 6,2% de la població de 15 anys i més presenta un consum de risc de begudes alcohòliques. Aquest és més elevat en els homes (8,7%) que entre les dones (3,7%). La població que es declara abstèmia és més elevada entre les dones (37,7%) que en els homes (20,4%). Tant en homes com en dones la freqüència més elevada de consum de risc d'alcohol s'observa en edats més joves. L'anàlisi per classe social mostra un patró de consum diferent, les dones de classe social més afavorides (grups I i II) fan un consum de risc més elevat, mentre que els homes no presenten un tendència clara segons classe social.

El *nivell d'activitat física* també és un dels principals determinants de salut als països desenvolupats. En un informe del 2002, l'OMS quantifica la importància de la inactivitat física com a factor de risc i causa de mort prevenible. La pràctica regular d'activitat física moderada és beneficiosa per a la majoria de persones i redueix el risc de patir o de morir de malalties cardíaques, diabetis, càncer de còlon i hipertensió arterial. A Catalunya, el 44,4% de la població entre 6 i 14 anys diu que practica activitat esportiva cada dia o gairebé cada dia (de nens, el 53,7% i, de nenes, el 34,4%). L'activitat física de la població de 15 anys i més, tant en homes com en dones, disminueix en augmentar el grup d'edat. Entre els adults joves (15-44 anys), és on s'observen comportaments més diferenciats per sexe, atès que els homes són molt actius o moderadament actius en percentatges superiors a les dones.

Pel que fa al *sedentarisme*, segons l'ESCA 2006, són absolutament sedentaris el 20,6% dels homes i el 27% de les dones (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2009).

En relació amb el *sobrepès*, els homes presenten una prevalença més elevada (44,2% en homes i 29% en les dones ), no així l'obesitat, que, pràcticament, presenta la mateixa prevalença (13% en homes i 13,2% en dones).

### **Pràctiques preventives**

Segons l'ESCA 2006, el 46,6% de la població de 15 i més anys declara que es pren la tensió arterial periòdicament (43,4% els homes i 49,8% les dones).

En relació amb la mesura del nivell de colesterol, el 52,0% de la població de 15 i més anys (49,4% dels homes i 54,6% de les dones) declara que es controla periòdicament el nivell de colesterol.

En relació amb la realització de mamografies, el grup diana del Programa Poblacional de Detecció de Càncer de Mama a Catalunya (dones de 50 a 69 anys) el 2006 era del 85,5%. El 55,4% de les dones de 15 i més anys manifesta fer-se regularment una citologia cervical (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2009).

En el *Llibre blanc de les activitats preventives*, la Generalitat de Catalunya proposa les següents activitats, en relació amb el fet que la població diana en siguin les dones:

- Vacuna antirubèola (dones en edat fèrtil no vacunades)
- Osteoporosi (dones que presenten algun factor de risc)
- Càncer de mama
- Càncer de coll d'úter
- Violència de gènere, assenyala els factors de risc i signes d'alarma de la violència contra les dones. Recomana que, donada la gravetat del problema, requereix una actitud de posicionament dels professionals de l'atenció primària.

En les altres activitats que formen part del *Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut* (PAPPS), el compliment i l'enregistrament de les quals forma part de la història clínica de l'atenció primària de salut, la població diana està constituïda per la població adulta de manera genèrica o per les persones que formen part de grups de risc determinats (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006). No es proposa cap actuació preventiva en relació amb el sexe/gènere i els problemes de salut. Caldria estudiar les influències de sexe/gènere en la història natural de molts dels problemes de salut, per poder després portar a terme activitats preventives en relació amb els nivells de prevenció.



## **Promoció de la salut**

La Carta d'Otawa de la Primera Conferència Internacional de la Promoció de la Salut, promoguda per l'OMS el 1986, defineix la promoció de la salut com el procés de capacitar l'individu per gestionar la seva pròpia salut i així millorar-la.

En la Conferència d'Adelaida (1988), es va identificar com a àrea clau per a la promoció de la salut la protecció de la salut de les dones, argumentant-hi que són les principals promotores de salut per les accions de cura que realitzen, reconeixent que la major part d'aquest treball el fan gratuïtament o amb una remuneració mínima, la qual cosa porta a una sobrecàrrega de treball i responsabilitat que produeix malestar i problemes de salut. L'estratègia se centra en la reducció de les desigualtats en salut arrelades en la manca d'equitat social i el punt clau està en la manca de poder i en la desigualtat d'oportunitats històricament configurades (MAZARRASA, 2001).

No pot haver-hi una bona promoció de la salut amb perspectiva de gènere sense una millor organització dels serveis socials i sense combatre l'estrès psicosocial que es genera per les condicions diferents de vida i treball de les dones, factor essencial per millorar la seva salut. Per això, les intervencions dependran de les lleis, dels recursos socials i de la necessària coordinació sanitària.

Per altra part, l'organització sanitària i tot el sistema que, en principi, hauria de ser un factor més de promoció de la salut es converteixen, a vegades, en un sistema negatiu per a les dones, perquè medicalitza molts de processos fisiològics com són l'embaràs, el part i la menopausa i, en canvi, no atén correctament els problemes que tenen una morbiditat diferencial perquè no han estat estudiats des d'aquesta perspectiva (VALLS, 2006).

## **Utilització del sistema sanitari**

Una de les conclusions de l'*Informe salut i gènere 2005* de l'Observatori de Salut de la Dona del Ministeri de Sanitat i Consum, diu: "Davant de les necessitats de salut de dones i homes, la societat respon establint polítiques de salut i oferint serveis. Fins i tot, en aquells casos en què les polítiques i els serveis s'ofereixen aparentment per igual a homes i a dones, no són utilitzats d'igual manera per uns i altres. Dones i homes acudeixen amb freqüència diferent i per diferents motius a les consultes i als serveis d'urgència. També són hospitalitzats i se'ls prescriu medicaments de forma diferent".<sup>14</sup>

Les dones utilitzen més els serveis d'atenció primària; segons l'ESCA 2010, el 77,8% de la població de 15 anys i més ha estat visitat pel metge o metgessa de capçalera el

---

<sup>14</sup> La traducció és de l'autora de la tesi.

darrer any (el 73,6% dels homes i el 81,9% de les dones). Les causes de freqüentació són malalties osteomusculars, *hipertensió arterial* (HTA), infeccions respiratòries, artrosi i depressió; i, en els homes, infeccions respiratòries agudes, HTA i bronquitis. Les dones presenten en major proporció malalties cròniques i discapacitats i una prevalença més elevada de trastorns mentals (BRUGULAT i altres, 2001).

En el Nou Pla de Salut de Catalunya 2011-2015, les dades que dóna en relació amb la freqüentació dels nivells assistencials no estan desagregades per sexe.

Hem consultat el document *Central de Resultats. Segon Informe. Desembre 2010*, creat amb l'objectiu general de mesurar, avaluar i difondre els resultats assolits en l'àmbit de l'assistència sanitària. Els resultats de molts indicadors no estan desagregats per sexe, sinó que es refereixen a la població en general. En relació amb la taxa d'hospitalització, l'any 2009 va ser de 121,9 contactes per cada 1000 habitants, per al conjunt de Catalunya; el 54,1% dels contactes d'hospitalització corresponen a les dones. Per grans grups de diagnòstics, les taxes més altes corresponen a les malalties de l'aparell circulatori.

En relació amb el consum de medicaments, l'ESCA 2010 assenyala que el 66,0% de la població de 15 anys i més ha consumit algun medicament en els darrers dos dies (el 55,5% dels homes i el 76,3% de les dones). Entre els menors de 0 a 14 anys, el percentatge de consum de medicaments és del 30,6%, sense que s'observin diferències per sexe.

A continuació, es presenten les diferències i desigualtats en salut entre homes i dones que assenyalava l'ESCA 2006, després de realitzar l'anàlisi de les dades:

- Homes i dones presenten, a més de diferències biològiques, desigualtats lligades a factors socials i de l'entorn, que condicionen el seu estat de salut i també la forma de percebre'l i avaluar-lo.
- Les dones tenen l'esperança de vida més elevada, però tant l'esperança de vida en bona salut com l'esperança de vida lliure de discapacitats és superior en els homes.
- Les dones presenten més problemes de salut crònics i discapacitats relacionats amb l'envelliment que els homes, més probabilitat de patir mala salut mental i més limitacions per a la realització de les activitats habituals de la vida quotidiana.
- Les dones pateixen en més proporció que els homes alguns dels principals problemes emergents de salut, com són l'anorèxia i la bulímia, l'estrès per haver de compatibilitzar la vida laboral i familiar en les de més edat, les demències (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2009).

### 1.3.2.2. MALALTIES CARDIOVASCULARS EN LES DONES

Les *malalties cardiovasculars* (MCV) comprenen un conjunt d'entitats clíniques que afecten el cor o els vasos sanguinis (artèries i venes). És la primera causa de mort per a les dones<sup>15</sup> a Catalunya i de forma similar a la resta del món occidental. Aquest fet està en l'origen que la nostra tesi estigui centrada en aquest tipus de malaltia. A pesar de l'evidència de les dades, es considera “malaltia d'homes”. Ja hem mencionat en aquesta tesi l'estudi que l'any 1991 va portar a terme la doctora Healy, en què posava en evidència la mala praxi del serveis de cardiologia americans en els procediments diagnòstics i terapèutics en les malalties coronàries en relació amb les dones.

En el nostre entorn, l'any 1991 Marrugat i col·laboradors/es publicaven l'article “Supervivencia a los 10 años de una cohorte de 736 pacientes con un primer infarto de miocardio: ¿Diferencias entre sexos?”. Apuntava diferències que, en estudis posteriors, s'han evidenciat (MARRUGAT, 1991).

L'any 1998 Marrugat i altres publicaven un estudi en el qual posaven de manifest que les dones que patien un primer *infart agut de miocardi* (IAM) solien ser més grans que els homes (mitjana edat dones, 68,6 anys i homes, 60,1). Les dones presentaven més problemes de comorbiditat (diabetis, HTA, havien tingut dolor al pit en anterioritat...), presentaven infarts més greus i desenvolupaven complicacions. Aquest estudi evidència que la taxa de mortalitat després d'un primer infart era més elevat en les dones. Al cap de 28 dies després d'haver patit l'infart, més del 18% de les dones morien enfront d'un 8% dels homes i, al cap de 6 mesos posteriors al IAM, quasi un 26% de les dones havia mort enfront d'un 12% dels homes. L'estudi també va posar llum sobre un altre fet: les dones tardaven més a acudir a l'hospital. La mitjana de temps entre la presentació dels símptomes i la monitorització en les dones que pateixen un primer IAM era d'una hora més que en els homes. Concloent: “En aquest estudi de població, les dones experimenten més letalitat i gravetat al primer infart agut de miocardi que els homes, independentment de la comorbiditat, l'edat, anterior o l'angina de pit” (MARRUGAT [et al.], 1998).

L'article “Gènere i cardiopatia isquèmica” de Rohlf s i altres fa referència al fet que la *cardiopatia isquèmica* (CI) és una de les malalties en les quals queden reflectides clarament les diferències biològiques i les desigualtats socials. Les dones presenten la malaltia en edat més avançada que els homes, la forma d'aparició és més “atípica” (el quadre típic és el descrit inicialment per als homes) o altres símptomes, per exemple, els digestius, i està associada a una major comorbiditat i gravetat (ROHLFS, 2004).

---

<sup>15</sup> En: <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Indicadors%20de%20salut/Indicadors%20generals/Mortalitat/documents/taules2009.pdf>.

Un estudi realitzat a Guipúscoa observa que el 52% dels casos del registre poblacional de IAM van ingressar a l'hospital: un 69% d'homes i un 31% de dones. Aquestes van patir més complicacions i més gran letalitat (el 13% dels homes i el 21% de les dones). Aquestes xifres concorden amb altres estudis. Els resultats de l'estudi IBERICA sobre 8.200 casos de IAM també conclouen que les dones tenen menys freqüència de símptomes típics i més gravetat a l'ingrés, i més letalitat ajustada per edat (SEGURA [et al.], 2002).

L'informe elaborat per la *Sociedad Española de Cardiología* (SEC) per encàrrec de l'*Observatorio de Salud de la Mujer* (OSM) l'any 2006 realitza una anàlisi exhaustiva en relació amb la *síndrome coronària aguda* (SCA), *insuficiència cardíaca* (IC), *hipertensió arterial* (HTA), trasplantament cardíac, *fibril·lació auricular* (FA) i malalties valvulars. L'informe assenyala que existeixen diferències en relació amb el gènere: en les característiques clíniques i etiològiques, en el perfil dels factors de risc cardiovasculars, en la realització de proves diagnòstiques, en les mesures terapèutiques i en el pronòstic. Aquella anàlisi concloïa que, davant d'aquest problema, en els últims anys hi ha més sensibilitat en alguns estaments sanitaris, però que cal estendre aquesta preocupació als diferents professionals sanitaris, institucions científiques, població en general i, per descomptat, a l'Administració, ja que és responsabilitat de tothom reduir les dramàtiques conseqüències de les MCV en les dones.

L'any 2006 la *Revista Española de Cardiología*, òrgan de publicació de la Sociedad Española de Cardiología, va encetar una nova sèrie de la secció de "Puesta al Día", titulada "Malalties cardiovasculars en la dona" i justificava aquest esdeveniment per les dades estadístiques vertaderament preocupants en relació amb les MCV i la dona.

En aquell moment, la percepció de la magnitud i gravetat d'aquest problema en la nostra societat podem dir que ha estat molt escàs, no sols entre les dones, sinó també entre el personal mèdic que les atén i, sobretot, en els mitjans de comunicació. Segons Alonso (2006), existeix una important dissociació entre el risc percebut i el real.

La representació de les dones en la majoria d'assaigs clínics o registres de les MCV ha estat marginal. Especialment preocupant és l'absència d'estudis en relació amb les dones ancianes i la prevalença de les MCV (ALONSO, 2006; STRAMBA-BADIALE M., 2006).

La *síndrome coronària aguda* (SCA) comprèn un conjunt d'entitats produïdes per l'erosió o trencament d'una placa d'ateroma, que determina la formació d'un trombe intracoronari, causant una *angina inestable* (AI), *infart agut de miocardi* (IAM) o mort sobtada, segons la mida i duració del trombe, l'existència de circulació col·lateral i la presència de vasoespasmes en el moment del trencament. La clínica produïda pels

diferents SCA és molt similar i, per diferenciar-los, cal realitzar de manera precoç un *electrocardiograma* (ECG) que ens permetria dividir en dos grups les persones que han patit la SCA:

- Amb elevació del segment ST (SCACEST)
- Sense elevació del segment ST (SCASEST)

Depenent de l'elevació o no del segment ST (que ens indica necrosi miocardiàica), parlarem d'infart o bé d'angina inestable.<sup>16</sup> En relació amb la *síndrome coronària aguda* (SCA), l'informe de la SEC assenyala que l'estudi realitzat constitueix la investigació més extensa realitzada sobre la influència del gènere en les característiques, evolució, maneig i pronòstic de la SCA a l'Estat espanyol.

*Síndrome coronària aguda amb elevació del segment ST* (SCACEST). Segons els estudis realitzats, les dones que presenten IAM són de mitjana, 10 anys més grans que els homes, arriben a l'hospital una hora més tard de mitjana, presenten més comorbiditat (diabetis i hipertensió, principalment), desenvolupen quadres clínics més greus i tenen més risc de mort al cap de 28 dies. La intensitat dels tractaments utilitzats és proporcionalment inferior en les dones (MARRUGAT, 2006).

La presentació del quadre clínic en les dones pot ser diferent, presentant amb més freqüència nàusees, vòmits i indigestió; també refereixen dolor al centre de l'espatlla i en la mandíbula. Les dones premenopàusiques solen presentar amb més freqüència símptomes "atípics" que les postmenopàusiques, mentre que les dones en edat avançada poden referir dispnea sobtada i presentar menys dolor als braços i menys sudoració profusa. També apunta l'article que, en tots els estudis i registres de SCA, la utilització de la coronariografia és significativament inferior en les dones que en els homes (HERAS, 2006). L'informe de la SEC apunta que el percentatge de dones reperfosades amb fibrinòlisi va ser inferior al dels homes. Altres estudis també corroboren aquest fet (HERNÁNDEZ ANTOLIN, 2006; AGUADO- ROMERO, M., 2006). El temps fins a la reperfusió és més elevat en dones que en homes. Les dones tarden més a arribar a l'hospital des de l'inici del dolor com entre l'ingrés i l'inici de la perfusió. Hi ha una infrautilització del mitjà en les dones en relació amb els homes.

Els resultats d'un estudi realitzat a l'Hospital General d'Alacant en relació amb els retards van demostrar que en les dones existeixen retards en el temps des de l'inici dels símptomes fins a l'arribada a l'hospital, en la realització de l'ECG des de l'arribada al Servei d'Urgències, i des de l'inici dels símptomes fins a la realització de l'ECG. Aquests retards podrien contribuir a una major morbidimortalitat en aquest grup de pacients (CARBAJOSA, 2011).

---

<sup>16</sup> Disponible: [www.segg.es/download.asp?file=/.../S35](http://www.segg.es/download.asp?file=/.../S35).

En relació amb el perquè del retard que existeix entre l'inici dels símptomes i l'arribada al Servei d'Urgències per part de les dones, l'editorial de la revista *Emergencias* apunta que, mentre el debat no adopti camins sociològics, la pregunta restarà oberta. Assenyala que cal un estudi en profunditat de les raons que condicionen una demora per part de les dones, en la cerca d'ajuda en els primers símptomes i acaba dient: "Sols d'aquesta manera s'aconseguirà un impacte significatiu sobre la mortalitat que tancaria el debat de la influència del sexe en el pronòstic del SCACEST" (SÁNCHEZ, 2011).

La probabilitat de rebre tractament revascularitzador en la cardiopatia isquèmica és menor en les dones i disminueix com menys afavorida és la classe social, mentre que en els homes la probabilitat de revascularització no està lligada a la classe social (ALDASORO, 2007).

La mortalitat i les complicacions hospitalàries en les dones amb SCACEST es dupliquen en relació amb els homes. La mortalitat al cap de 28 dies va ser molt alta (11,5). La mortalitat en les dones va ser el doble que en els homes (20%). El fet de ser dona sí que va comportar un factor predictor independent de mortalitat hospitalària a 28 dies i a l'any de forma que es va incrementar un 30% (*Informe SEC*, 2006).

*En la SCA sense elevació del segment ST (SCASEST)*, les dones tenen una edat mitjana superior als homes (6 anys) i un perfil de risc cardiovascular molt més desfavorable amb major prevalença de HTA, dislipèmies i diabetis. El tabaquisme és inferior a les dones. La mortalitat i la incidència de complicacions (IAM, IC i xoc cardiogènic) van ser un 50% superior en les dones, tant durant la fase aguda com al cap de 28 dies i a l'any (*Informe SEC*, 2006).

En el document sobre l'estratègia en cardiopatia Isquèmica del Sistema Nacional de Salut del 2006, es referencia que s'observen diferències en el tractament de la CI en homes i dones i ho denomina *biaix terapèutic de gènere*. Aquest biaix pot estar influït pel biaix de gènere en l'esforç diagnòstic. Aquest document proposa una especial atenció en la recerca i en els programes i protocols. Acaba dient que l'enfocament de gènere milloraria els resultats de les actuacions preventives i del sistema sanitari, tant en termes de mortalitat i morbiditat com de qualitat de vida (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). En relació amb el tractament antitrombòtic, els fàrmacs antitrombòtics tenen un paper fonamental en el tractament de la cardiopatia isquèmica tant en la fase aguda com en la prevenció secundària. Quan s'examina la prescripció d'aspirina, clopidogrel i bloquejadors dels receptors de la glicoproteïna IIb/IIIa es comprova que les dones solen rebre'ls en menor proporció (HERAS, 2006).

La *insuficiència cardíaca* (IC) es defineix com la situació en què el cor és incapaç de suplir les demandes metabòliques de l'organisme i, si ho fa, és a força d'augmentar les

pressions. La insuficiència cardíaca implica el fracàs de la funció de bombeig del cor, però les seves manifestacions clíniques depenen de la repercussió hemodinàmica que determina altres òrgans.<sup>17</sup> L'informe del SEC assenyala que els estudis realitzats que van incloure més de 6.000 pacients, la prevalença d'aquest problema va ser similar en homes i dones. Les dones amb IC tenien més edat i factors de risc més desfavorables (més prevalença d'hipertensió arterial i diabetis). Presentaven menys antecedents de cardiopatia isquèmica i una etiologia diferent (isquèmica més freqüent en homes i hipertensiva més freqüent en dones). L'informe també apunta que es van realitzar més proves per detectar la isquèmia miocardiàca en homes (ergometria, coronariografia) i que la utilització de IECA i betabloquejants va ser inferior en les dones. La incidència de reingressos per descompensació va ser superior en dones, potser per la diferència amb el tractament.

En les conclusions i recomanacions finals, l'informe de la Sociedad Española de Cardiología (2006) assenyala que detecta diferències entre homes i dones en el perfil clínic, demogràfic i en l'ús de recursos terapèutics que expliquen en part les diferències en la mortalitat i morbiditat observades en les dones. Es presenta més evidència en les patologies més greus, com la insuficiència cardíaca i, sobretot, en la síndrome coronària aguda. La major prevalença de diabetis, hipertensió arterial, obesitat, malalties concomitants i perfil de risc global en les dones pot influir de forma important en aquestes diferències, ja que el paper del sexe per si sol es dilueix i es redueix quan es realitzen anàlisis multivariants. L'informe apunta que les oportunitats de millora han de passar per campanyes dirigides a les dones per conscienciar-les del fet que la cardiopatia isquèmica és una malaltia que afecta les dones de manera tan important com poden ser altres que estan en la mentalitat preventiva de les dones, com és el cas del càncer de mama. Per altra banda, sembla necessari també programes que canviïn l'actitud en tots els àmbits assistencials per millorar la identificació precoç de la dona amb SCA i aconseguir l'optimització del tractament d'acord amb les recomanacions de les guies de les diferents societats científiques.

De les recomanacions específiques que fa l'informe, destaquem la importància de:

- La divulgació dels resultats de l'informe tant pel que fa a la població en general com a la comunitat científica.
- El disseny i realització de recerques científiques en el camp de la cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca i hipertensió arterial, amb l'objectiu d'avaluar l'efectivitat de les actuacions realitzades.
- Les mesures per facilitar la presència de les dones en els assaigs clínics, ja que, en la majoria dels estudis disponibles, hi ha una baixa participació de dones.

<sup>17</sup> <http://www.blog-medico.com.ar/noticias-medicina/emergencia/insuficiencia-cardiaca-2.htm>.

L'European Society of Cardiology ha promogut el programa "Women at Heart", amb l'objectiu d'organitzar iniciatives dirigides a afavorir la recerca i l'educació en el camp de les MCV en relació amb les dones. A Europa, al voltant del 55% de totes les morts en les dones es deuen a les MCV. Lamentablement, el risc de les dones s'infravalora a causa de la percepció que estan "protegides" de les MCV en l'edat fèrtil (STRABADIALE, M. [et al.], 2006).

L'interès per aquesta problemàtica ha fet que un grup de cardiòlogues intervencionistes, a escala internacional, promoguin una iniciativa coneguda com "*Women in Innovations*" (WIN), amb l'objectiu fonamental de conèixer i posar de relleu el perfil propi de les MCV en la dona, per tal de desenvolupar una estratègia diagnòstico-terapèutica adequada (MICO, 2010).

En relació amb les MCV, hem d'assenyalar la publicació de las *Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión reducida*, realitzades pels grups de treball del conjunt de la Societat Europea de Cardiologia i altres societats sobre la prevenció de la MCV en la pràctica clínica, coordinats per Ian Graham.<sup>18</sup>

El fonament de les estratègies preventives en relació amb les MCV, segons la guia, es basen en cinc punts:

1. La MCV és la principal causa prematura de mort a Europa. És una causa important d'invalidesa i contribueix significativament a l'augment del cost sanitari.
2. L'aterosclerosi subjacent es desenvolupa de forma insidiosa durant anys i, generalment, es troba en estat avançat quan apareixen els símptomes.
3. La mort per MCV apareix en freqüència de forma sobtada i abans que es disposi de l'atenció mèdica, de manera que moltes intervencions terapèutiques no poden aplicar-se o són tan sols pal·liatives.
4. Majoritàriament, les MCV presenten una estreta relació amb els estils de vida i factors fisiològics i bioquímics modificables.
5. Les modificacions dels factors de risc s'han mostrat capaços de reduir la mortalitat i la morbiditat per les MCV, sobretot, en persones d'alt risc.

Entre les novetats que assenyala aquesta guia, hi ha la nova secció en relació amb el sexe, ja que en les anteriors s'havien subestimat els aspectes relacionats amb el sexe dels pacients.

---

<sup>18</sup> De totes les guies publicades, comentarem la del 2008, versió corregida el 22-7-2009, per ser l'última disponible en el moment de l'estudi.



La guia menciona que la taxa de mortalitat per MCV varia amb l'edat, el sexe, el nivell socioeconòmic, la raça i la regió geogràfica. A mesura que la supervivència després d'un episodi agut millora, augmenta la prevalença de *cardiopatia isquèmica* (CI), sobretot, en dones d'edat avançada. Se sap que la diabetis és un factor de risc més important en dones; a mesura que augmenta la prevalença del sobrepès i l'obesitat en tot el món, es pot anticipar un augment de la prevalença de diabetis tipus 2 i, com a conseqüència, totes les complicacions.

La mateixa guia presenta un apartat en relació amb els factors psicosocials i assenyala que cada vegada hi ha més evidència científica que els factors psicosocials contribueixen de forma independent al risc de CI. La guia continua dient que s'ha demostrat que els següents factors de risc psicosocials són capaços de condicionar el risc de contraure CI i poden perjudicar el curs clínic i el pronòstic dels pacients amb CI. Aquests factors de risc són:

- Baix nivell socioeconòmic
- Aïllament social i manca de suport social
- Estrès al treball i a la vida familiar
- Emocions negatives, com depressió i hostilitat

Com s'ha mencionat abans, la guia presenta una secció amb el títol "Aspectes relacionats amb el sexe: prevenció de la malaltia cardiovascular en dones". En els antecedents científics, assenyala que hi ha més dones que homes que moren per la MCV, però que ho fan en edat més avançada i que la reducció de les morts per MCV en els últims anys ha estat més elevada en els homes que en les dones; de fet, la incidència de MCV ha augmentat en les dones, especialment, en els grups de més edat. En relació amb aquest fet, assenyala les següents consideracions:

- La hipertensió sistòlica s'està tornant més freqüent en dones grans.
- L'ús d'anticonceptius orals combinat amb el tabaquisme augmenta el risc de MCV.
- La concentració de colesterol total assoleix el seu màxim al voltant dels 60 anys en les dones (prop de 10 anys més tard que en els homes).
- La diabetis augmenta considerablement el risc de MCV fatal en dones.
- L'obesitat és més prevalent entre dones de mitjana edat i edat avançada.

En general, les dones estan en desavantatge en totes les fases de l'evolució clínica de la MCV i la guia esmentada assenyala el fet de la infrarepresentació de les dones en els estudis clínics i terapèutics amb les consegüents repercussions.

Entre els aspectes pràctics que assenyala la guia, remarcuem els següents:

- Les polítiques de salut pública nacionals i europees cal que abordin el problema de l'insuficient reconeixement de la magnitud de les MCV en les dones. Cal reflectir-lo en la publicitat i en l'educació tant de la població en general com de la professió mèdica.
- Els clínics cal que prestin especial atenció a l'avaluació del risc en les dones.

La base per prevenir qualsevol problema de salut i, per tant, també les MCV és conèixer els factors de risc d'aquestes i com intervenen en la història natural del procés determinat. Els factors de risc clàssics de les MCV, segons l'estudi de Framingham, per mesurar el risc cardiovascular i/o coronari (probabilitat de presentar una malaltia coronària o cardiovascular en un període de temps determinat, generalment de 5 a 10 anys) són sexe, edat, colesterol total, pressió arterial, tabaquisme, diabetis i atròfia ventricular esquerra (DAWBER, T. R., 1980). Aquest risc es mesura mitjançant les taules de Framingham. Les taules REGICOR han adaptat les taules de Framingham a les característiques de la prevalença de factors de risc i incidència d'esdeveniments coronaris de la població catalana amb l'estudi del *Registre Gironí del Cor* (REGICOR) i s'han validat amb les dades de l'estudi VERIFICA (MARRUGAT, 2003).

L'any 2007 l'American Heart Association publica la *Guia basada en l'evidència per a la prevenció de les malalties cardiovasculars en dones*, referint-se a la prevenció primària i secundària (MOSCA, 2007).

Els factors de risc clàssics de les MCV són:

- Factors de risc cardiovasculars no modificables: l'edat, el sexe i els antecedents familiars.
- Factors de risc modificables: la dieta inadequada, la hipertensió arterial, el sedentarisme, la diabetis, les dislipèmies, el sobrepès i l'obesitat i el consum de tabac i alcohol.

Existeixen altres factors de risc que cal tenir en consideració en relació amb el sexe/gènere i les MCV, com són:

- *Diabetis*: augmenta el risc de MCV en les dones respecte als homes (SWERS, J., 1998). Les dones que pateixen diabetis tenen més risc de presentar episodis de IAM sense la presència de dolor precordial. La mortalitat per MCV

entre els homes diabètics tendeix a disminuir i, entre les dones diabètiques, tendeix a augmentar.

- *Consum de tabac*: és un dels factors de risc més importants de les MCV tant per als homes com per a les dones. El tabaquisme en combinació amb l'ús d'anticonceptius orals pot ocasionar un increment de IAM en dones de més de 35 anys (VESSEY, 2003)
- *Anticoncepció hormonal*: es coneix la relació d'aquest amb problemes de trombosis i d'infarts (TANIS, 2001).
- *Consum d'alcohol*: les dones metabolitzen més lentament l'alcohol que els homes. L'alcohol en excés pot elevar els triglicèrids, augmentar la pressió arterial, produir arítmies, IC i ictus. Contribueix a l'obesitat, ja que és una aportació addicional de calories (STUARDO, 2003).
- *Dislipèmies*: conjunt de patologies caracteritzades per alteracions en la concentració de lípids sanguinis en nivells que involucren un risc per a la salut. L'elevació de les *lipoproteïnes de baixa densitat* (LDL) indiquen un risc cardiovascular, però com assenyala Valls-Llobet, a vegades, la trombosi arterial es presenta sense l'elevació d'aquest i indica que entre les dones el nivell de proteïna C reactiva és millor predictor de MCV que LDL (VALLS-LLOBET, 2008; RIDKER, 2002).
- *Sobrepès i obesitat*: el risc de mort per MCV augmenta en relació amb l'índex de massa corporal (IMC)<sup>19</sup> (ROMERO-CORRAL, 2006). L'obesitat central generalment es refereix a l'increment de greix abdominal i està relacionada amb un excés de greix visceral i associat a l'augment de risc cardiovascular. Per aquest motiu, el diagnòstic d'obesitat ha d'incloure les mesures del pes i de la distribució del greix corporal (LÓPEZ-JIMÉNEZ, 2011). Aquest augment de pes que acostuma a dipositar-se a l'abdomen és el principal factor de contribució al deteriorament del perfil del risc cardiovascular en les dones postmenopàusiques, ja que està relacionat amb l'elevació de la tensió arterial, colesterol i nivell de glicèmia (CAO, 2010).
- *Hipertensió arterial*: la pressió arterial augmenta amb l'edat en els dos sexes. En les dones, les xifres de tensió s'eleva després de la menopausa. La hipertensió arterial és el principal factor de risc per patir una insuficiència cardíaca o ictus. La hipertensió, generalment, coexisteix amb altres factors de risc (SEMERGEN, 2005).

<sup>19</sup> IMC = massa (kg) / altura<sup>2</sup> (m). Els valors de l'IMC entre 18,5Kg/m<sup>2</sup> i 25,5 Kg/m<sup>2</sup> es consideren normals.

- *Sedentarisme*: l'Associació Americana del Cor va declarar la inactivitat física com un factor de risc en relació amb les MCV (KAHN, 2002). Com hem vist en l'apartat d'estils de vida, les dones són més sedentàries que els homes.
- *Teràpia Hormonal Substitutiva* (THS): el 1998 ja es va demostrar que l'administració de THS en dones que patien malalties coronàries incrementava la incidència d'altres episodis d'infart (HULLEY, 1998). Els resultats d'assaigs clínics aleatoritzats, ben dissenyats, revelen que l'administració de THS no va prevenir els episodis cardiovasculars clínics i els va associar amb esdeveniments adversos. En dones assignades aleatòriament al tractament hormonal, es va identificar una incidència més gran de tromboembolisme venós, embolisme pulmonar i ictus, en comparació amb aquelles a les quals es va administrar un placebo. Aquest fet es va traduir en la recomanació que no s'hauria d'iniciar el tractament hormonal com a prevenció dels esdeveniments cardiovasculars en dones menopàusiques amb MCV establerta o sense (WENGER, 2006). Aquest fet és molt important assenyalar-lo, perquè, tal com diu Valls, es recordarà que, durant molts d'anys, el gran argument per prescriure THS en la postmenopausa va ser que protegia la dona de patir malalties cardíaques (VALLS-LLOBET, 2008).
- *Factors psicosocials*: Velasco (2010) engloba en aquest terme les següents situacions:
  - Situacions i relacions socials, laborals, familiars i personals.
  - Esdeveniments biogràfics i vitals.
  - Crisis del cicle vital, vivències i actituds.

Segons l'anàlisi de Velasco, aquests factors quedaran associats a la malaltia en funció de les interaccions amb altres factors individuals, entre els quals estan els recursos biològics, socials i subjectius de què cada persona disposa en cada moment de la seva vida. Ja hem assenyalat abans els factors psicosocials que citava la *Guía Europea 2008*.

Assenyalarem, entre els factors psicosocials, *l'estrès laboral*: els estudis de Marianne Frankenhauser van demostrar que la sobrecàrrega del treball laboral, una baixa capacitat per prendre decisions, l'entorn psicosocial del treball i la sobrecàrrega del treball domèstic formaven part de les causes de la hipertensió i alteracions del ritme cardíac (FRANKENHAUSER, 1991).

Com diu Velasco (2010), no existeix en aquest moment un llistat acabat i ben evidenciat de factors psicosocials de gènere associats al risc cardiovascular, per a l'aparició de les crisis i per al seu pronòstic. Però existeix suficient evidència que

aquesta relació determinant existeix; per aquest motiu, en el moment actual cal impulsar registres que incloguin factors psicosocials, creuar-los amb els factors socioeconòmics i de gènere, per estudiar el grau de repercussió en les MCV.

Com hem descrit en aquest apartat, veiem que els factors de risc cardiovascular són diferents i actuen de forma desigual en homes i dones. En aquesta tesi, analitzarem si tot aquest coneixement existent és present en el disseny del Pla Director de les Malalties Cardiovasculars i en la pràctica clínica.

#### 1.4. POLÍTIQUES D'IGUALTAT I SISTEMA SANITARI

La Llei general de Sanitat de l'Estat espanyol (Llei 14/1986 del 25 d'abril) té per objecte la regulació general de totes les accions que permetin fer efectiu el dret a la protecció de la salut. Cal assenyalar que la Disposició addicional octava de la Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, *para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, introdueix modificacions de la Llei general de Sanitat, introduint el principi d'igualtat entre homes i dones i el foment de la investigació científica en el camp específic dels problemes de salut atenent les diferències entre dones i homes.

La Llei general de Sanitat del 1986 estableix les bases d'un model d'ordenació sanitària que es basteix mitjançant la creació del Sistema Nacional de Salut, configurat pel conjunt dels Serveis de Salut de les Comunitats Autònomes, per tant, té un caràcter descentralitzador. A Catalunya, la Llei 15/1990 de 9 de juliol d'Ordenació Sanitària de Catalunya té com a finalitat, de la mateixa manera que la Llei general de Sanitat, entre d'altres, l'atenció integral de la salut que comprèn la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, així com les accions curatives i rehabilitadores necessàries, tot col·laborant en la reinserció social i garantint la salut com un dret inalienable.

A Catalunya es crea el Servei Català de la Salut com a ens per dur a terme l'organització i ordenació del sistema sanitari català. En l'article 62, en referència al Pla de Salut de Catalunya, diu: "Les línies directives i de desplegament de les activitats, els programes i els recursos del Servei Català de la Salut per assolir les seves finalitats constitueixen el Pla de Salut de Catalunya. El Pla de Salut és l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya". Aquestes lleis encara no es fan ressò explícitament de la perspectiva de gènere i com aquesta influeix en el procés salut-malaltia.

Els Plans de Salut articulen les polítiques de salut i s'hi inclouen els principis, valors, objectius i accions que cal desenvolupar durant el període de vigència, definint el que

es consideren problemes de salut i la priorització d'aquests. A Catalunya s'inicien els plans de salut amb un document marc el 1991; a partir d'aquesta data, tenim els següents plans (1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005, Pla de Salut a l'Horitzó 2010 i l'últim 2011-2015).

L'estudi realitzat per Peiró i altres (2004) mostra importants diferències entre plans de Salut de les diferents *comunitats autòniques* (CA) pel que fa al grau en què els plans de salut tenen en compte l'existència del gènere com a categoria de relació i el grau en què desenvolupen accions per minorar les desigualtats d'aquesta conseqüència, que anomena *sensibilitat de gènere*. També mostra que la inclusió d'objectius generals d'equitat de gènere no solen acompanyar-se del desenvolupament d'accions específiques operatives. L'estudi conclou que la informació dels problemes de salut se sol presentar desglossada per sexes (el tabaquisme, la malaltia oncològica i els accidents de trànsit són els problemes de salut en què més CA presenten informació per sexe), però la sensibilitat de gènere disminueix quan es tracta de formular accions i objectius per al desenvolupament dels plans (PEIRÓ, 2004). Aquesta conclusió concorda amb una de les conclusions del nostre estudi (vegeu *capítol 6*).

Els principals instruments de planificació estratègica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya són tres: El Pla de Salut, Els Plans Directors i El Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública. El Pla de Salut determina les prioritats de salut que s'estructuren com a punt de referència per la visió estratègica del Mapa. Els Plans Directors operativitzen les prioritats dels Plans de Salut, d'acord amb l'article 64 de la Llei 15/1990 de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya, que estableix que correspon al Departament de Salut formular els criteris generals de la planificació sanitària i també fixar els objectius, els índexs i els nivells bàsics a assolir en les matèries que s'inclouen en el Pla de Salut de Catalunya.

En el Plan de Calidad del *Sistema Nacional de Salud* (SNS) del 2006 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, l'estratègia 4 diu:

Analitzar les polítiques de salut i proposar accions per reduir les iniquitats en salut amb èmfasis en les desigualtats de gènere.

1. Promoure el coneixement sobre les desigualtats de gènere en salut i enfortir l'enfocament de gènere en les polítiques de salut i en la formació continuada del personal de salut.
2. Generar i difondre coneixements en relació amb les desigualtats en salut i estimular bones pràctiques en la promoció de l'equitat en atenció a la salut i en les reduccions de les desigualtats en salut, millorant així l'atenció als grups més desfavorits i en risc d'exclusió.

Dins del primer punt d'aquesta quarta estratègia, destaquem dues de les actuacions previstes en el Pla de Qualitat, que són les que tenen més significació en relació amb el nostre estudi, són les estratègies núm. 52 i núm.60.

52.- Promoure la inclusió de la perspectiva de gènere en els sistemes d'informació sanitària i en les estratègies de salut treballant amb els grups d'experts i societats científiques.

60.- Estudiar les diferències de gènere en l'atenció dels processos més freqüents (per exemple, cardiopatia isquèmica o càncer).

L'article 27 de la Llei Orgànica 3/2007 de 22 de març per la igualtat efectiva de dones i homes està dedicat a *la integració del principi d'igualtat en la política de salut*, i considera que:

1. Les polítiques, estratègies i programes de salut integraran, en la seva formulació, desenvolupament i avaluació, les diferents necessitats de dones i homes i les mesures necessàries per abordar-les adequadament.
2. Les administracions públiques garantirán la igualtat de dret a la salut de les dones i homes, a través de la integració activa, en els objectius i actuacions de la política de salut, del principi d'igualtat de tracte, evitant que per les diferències biològiques o pels estereotips socials associats es produeixin discriminacions entre unes i altres.
3. Les administracions públiques, a través dels seus Serveis de Salut i dels òrgans competents en cada cas, desenvoluparan, d'acord amb el principi d'igualtat d'oportunitats, les següents actuacions:
  - a) L'adopció sistemàtica, dins de les accions d'educació sanitària, d'iniciatives destinades a afavorir la promoció específica de la salut de les dones, així com a prevenir la seva discriminació.
  - b) El foment de la investigació científica que atengui les diferències entre dones i homes en relació amb la protecció de la seva salut, especialment pel que fa a l'accessibilitat i l'esforç diagnòstic i terapèutic, tant en els aspectes d'assajos clínics com assistencials.
  - c) La consideració, dins de la protecció, promoció i millora de la salut laboral, de l'assetjament sexual i l'assetjament per raó de sexe.

d) La integració del principi d'igualtat en la formació del personal al servei de les organitzacions sanitàries, garantint especialment la seva capacitat per detectar i atendre les situacions de violència de gènere.

e) La presència equilibrada de dones i homes en els llocs directius i de responsabilitat professional del conjunt del Sistema Nacional de Salut.

f) L'obtenció i el tractament desagregats per sexe, sempre que sigui possible, de les dades contingudes en registres, enquestes, estadístiques o altres sistemes d'informació mèdica i sanitària.

En la disposició addicional octava i novena, modifica la Llei general de Sanitat i la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, respectivament, pel que fa referència al tema de la igualtat.

## 1.5. DIRECTIUS PER A LA INCORPORACIÓ DEL GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI

Segons l'OMS, la incorporació de l'anàlisi de gènere ha d'impregnar tots els elements de les polítiques públiques, però no es tracta de considerar ambdós sexes de la mateixa manera, sinó de tenir en compte les diferències biològiques i socials i les desigualtats en relació amb els rols, recursos i poder. Es tracta d'atendre les necessitats concretes de dones i homes amb el fi d'assolir la igualtat de gènere (OMS, 1998).

Actualment, un objectiu comú en tots els àmbits dels sistemes sanitaris és promoure la inclusió de l'enfocament de gènere per assolir la igualtat i l'equitat en salut seguint les recomanacions dels organismes internacionals.<sup>20</sup> Destaquem la 60a Assemblea Mundial de la Salut (2007), que, en el punt 12.12, insta els estats membres a les següents recomanacions:

1. Incloure l'anàlisi i la planificació de les qüestions de gènere en les activitats conjuntes de planificació estratègica i operativa, així com en les planificacions pressupostàries.

---

<sup>20</sup> 60a Assemblea Mundial de la Salut WHA60.25 Punt 12.12 de l'ordre del dia 23 de maig de 2007. Incorporació de l'anàlisi i les accions de gènere en les activitats de l'OMS: projecte d'estratègia, seguint les recomanacions del Programa d'Acció de la Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament (El Caire, 1994), la Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing (1995), les recomanacions de la Conferència Beijing + 10 (2005), les conclusions 1997/2 del Consell Econòmic i Social, la Declaració del Mil·lenni de les Nacions Unides 2000, el Document Final de la Cimera Mundial 2005, la resolució WHA58.30, sobre la consecució dels objectius de desenvolupament relacionats amb la salut i acordats internacionalment, inclosos en la Declaració del Mil·lenni.



2. Formular estratègies nacionals per abordar les qüestions de gènere en les polítiques, programes i recerques sobre la salut, inclusiva en l'esfera sexual i reproductiva.
3. Reforçar les capacitacions i la sensibilització en matèria de gènere, dona i salut i en la promoció d'aquestes.
4. Vetlla perquè en tots els nivells de prestacions i de serveis de salut, inclosos els destinats als adolescents i als joves, s'incorpori una perspectiva equitativa en qüestions de gènere.
5. Recopilar i analitzar les dades desagregades per sexe, realitzar recerques sobre els factors subjacents a les disparitats entre els sexes i tenir present els resultats a l'elaborar les polítiques i programes.
6. Avançar cap a la igualtat entre dones i homes en el sector de la salut per garantir que la contribució de dones, homes, nenes i nens com a prestadors d'atenció de salut es tingui en compte en la planificació i les polítiques sanitàries, així com en la capacitat del personal d'atenció de salut.

Diferents institucions com l'Observatorio de Salud de la Mujer i governs de les CA han elaborat plans d'actuació que inclouen recomanacions, indicacions pràctiques i orientacions teòriques i metodològiques per a l'aplicació de l'enfocament de gènere en la salut. Destaquem per la seva importància tres tipus de guies:

- A. Les que orienten la integració de la perspectiva de gènere en la recollida de dades.
  - B. Les que orienten la recerca en perspectiva de gènere.
  - C. Les que orienten la integració del gènere en l'atenció sanitària.
- 
- A. En relació amb la recollida de dades, l'objectiu estratègic H.3 de la Declaració i Plataforma d'Acció de la IV Conferència Mundial sobre la Dona (Beijing 95) diu:

“Preparar i difondre dades i informacions desagregades per sexe destinades a la planificació i l'avaluació”.

Entre les mesures que cal adoptar destaca la necessitat de recollir, analitzar i presentar periòdicament dades desagregades per edat, sexe, indicadors socioeconòmics i altres pertinents.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Objectiu estratègic H.3. Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing (1995).

Ruiz-Cantero (2007) assenyala l'informe del període extraordinari de sessions de l'Assemblea General titulat "La dona l'any 2000: Igualtat de gènere, desenvolupament i pau per al segle XXI" (Nova York, 2000), que destaca que, en relació amb les polítiques públiques, es fa necessari l'enfortiment del sistema de recollida i processament de dades estadístiques desagregades per sexe i adoptar indicadors de gènere per contribuir al diagnòstic de la situació de les dones i a la implementació de polítiques públiques.

Els indicadors són eines que ens mostren l'estat d'algun aspecte de la realitat social o de l'objecte d'estudi, són variables que ens mesuren canvis. El desenvolupament d'indicadors amb sensibilitat de gènere tal com assenyala Ruiz-Cantero (2007) no és un fi en si mateix, sinó una eina política per mesurar el canvi de l'*status quo*. Els indicadors, tal com s'assenyala en la presentació del document de l'ICD, *Estadístiques sota sospita*, són eines imprescindibles per a la planificació de les polítiques, tant per preveure i emprendre accions com per avaluar les situacions (CARRASCO, 2006).

Totes les guies revisades assenyalen que les dades que utilitzen els indicadors han d'estar desagregades per sexe, com s'assenyala en el document *Análisis de la perspectiva de género en algunas estadísticas españolas y propuestas de mejora*. La desagregació de les estadístiques per sexe constitueix un pas fonamental en el procés de la introducció de la perspectiva de gènere en les estadístiques, és una condició necessària i indispensable (DE CABO, 2009).

En la *Guía de estadística de Salud con enfoque de género*, Ruiz-Cantero assenyala que, a l'hora de seleccionar informació necessària per produir coneixement en relació amb la salut i el gènere, cal tenir en compte els següents criteris:

- Els indicadors desagregats per sexe no sempre són iguals a indicadors amb sensibilitat de gènere. La informació desagregada per sexe ens diu si existeixen diferències per sexe en una dimensió específica de la salut, mentre que els indicadors amb sensibilitat de gènere són elaborats per observar les conseqüències en la salut del gènere com a construcció social, i així ajudar a comprendre si les diferències observades entre sexes en l'estat de salut és el resultat de desigualtats o iniquitats per gènere.
- L'ús d'un sol indicador pot emascarar les diferències i desigualtats, per això cal examinar múltiples indicadors.
- Cal examinar diverses dimensions de la salut, no tan sols la morbiditat i la mortalitat. Segons Ruiz-Cantero (2007), és necessari també analitzar la vulnerabilitat, les percepcions de la salut, conductes vers un problema de salut en el vessant preventiu, curatiu i promotor de salut. Paral·lelament, també s'ha

d'analitzar la resposta dels sistemes sanitaris: disponibilitat dels serveis de salut per a un problema específic, distància al servei sanitari més proper, accessibilitat, qualitat assistencial, resultats en salut i conseqüències immediates (mortalitat i recuperació) i de llarg termini (discapacitats, conseqüències socials i econòmiques, estigmes, pèrdua de treball).

- El desenvolupament i l'ús d'indicadors adients és una eina i no un fi.

Per tant, els indicadors de salut amb sensibilitat de gènere cal que siguin representatius de les principals dimensions de la salut i els seus determinants (RUIZ-CANTERO i PAPI, 2007).

- B. En relació amb les guies que orienten en la integració de la perspectiva de gènere en la recerca, volem destacar l'*Informe de Revisión de Guías sobre la Incorporación de la Perspectiva de Género a las Políticas de Investigación en Salud del Observatorio de Salud de la Mujer (OSM)*; s'han revisat guies en espanyol i anglès del període 1990 al 2005, per tal de constituir un marc bàsic de referència en l'elaboració de recomanacions i bones pràctiques que integren una guia aplicada de polítiques públiques de recerca en salut. Aquestes guies aporten aspectes particulars en relació amb les desigualtats i iniquitats en els determinants diferencials de la salut en homes i dones, així com en l'accés a l'atenció sanitària.

Aquesta revisió constitueix l'esquelet bàsic per a l'elaboració de la *Guia per a Incorporar la Perspectiva de Gènere a la Investigació en Salut*, encarregada a l'Escuela Andaluza de Salud Pública per l'*Observatorio de Salud de la Mujer (OSM)* amb l'objectiu d'orientar la comunitat científica del camp de la salut sobre l'aplicació pràctica de la dimensió de gènere en la recerca.

Les guies centrades en l'aplicació de l'anàlisi de gènere en les recerques de salut aporten també aspectes particulars en relació amb les desigualtats i iniquitats en els determinants diferencials de salut en homes i dones i l'accés a l'atenció sanitària. Posteriorment, es va publicar la guia esmentada anteriorment, la *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud* (GARCÍA-CALVENTE, 2010).<sup>22</sup>

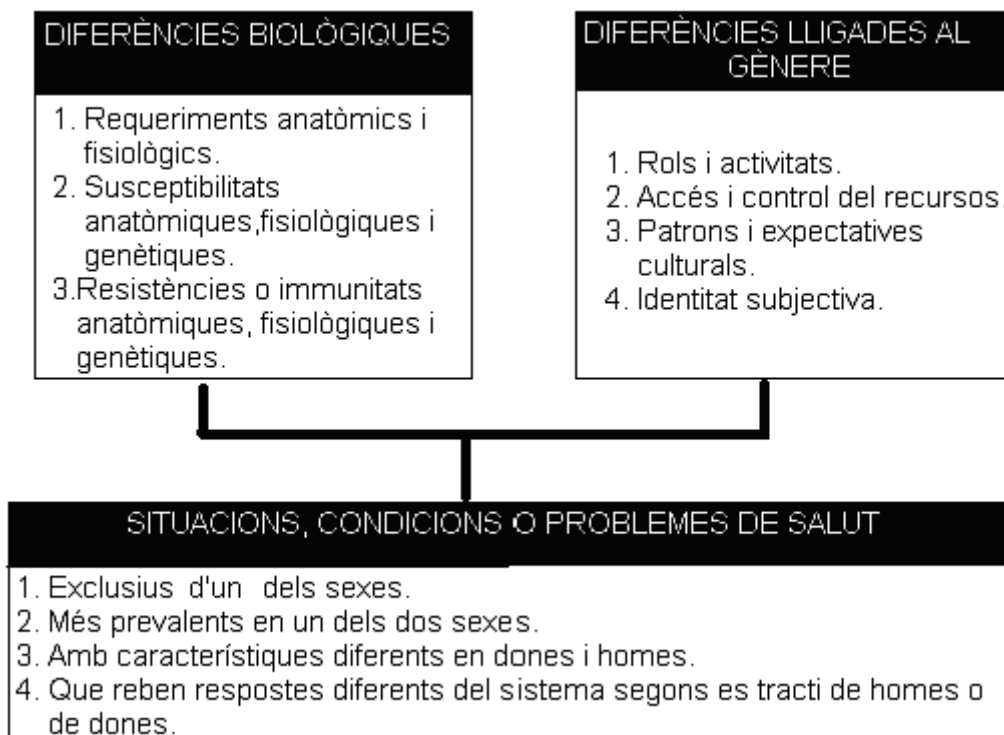
L'autora ens assenyala que els problemes i biaixos de gènere que afecten la recerca en la salut es donen en tot el procés de la recerca. La guia ens dóna unes pautes per al disseny i execució de projectes de recerca amb perspectiva de gènere i es marca com a objectiu orientar el conjunt de la comunitat

<sup>22</sup> En: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaInvestigacionGenero.pdf>.  
(Última revisió 1-2-2012).

científica del camp de la salut sobre l'aplicació pràctica de la dimensió de gènere en la recerca.

La guia assenyala que es perfilen dues tipologies de models per explicar les diferències en l'estat de salut entre les dones i els homes (*quadre 1*), com ja apuntava Scott el 1988: els models biològics-genètics i els models socioculturals. Cap model per si mateix pot proporcionar un marc complet d'anàlisi i assenyala que un bon model seria aquell que té en compte el fet que existeixen efectes recíprocs entre el sexe i el gènere (GARCÍA-CALVENTE, 2010).

*Quadre 1. Origen de les diferències en el procés salut-malaltia-atenció*



Font: Organització Panamericana de la Salut, 2004. Recollit per García-Calvente, 2010

La guia ens presenta dos models d'enfocament teòrics en relació amb el gènere i la salut.

El primer model conceptual que correspon al de l'escola de medicina Tropical de Liverpool, estableix un conjunt de qüestions a respondre per analitzar les diferències o similituds entre dones i homes pel que fa a:

- Les pautes de salut-malaltia-atenció, que suposa conèixer qui emmalalteix, de què emmalalteix, on emmalalteix i quan emmalalteix.
- Els factors que afecten qui emmalalteix.
- Els factors que afecten la resposta davant de la salut-malaltia.

Per abordar aquestes qüestions, cal posar els factors esmentats en el context social, econòmic, cultural i polític. S'ha d'analitzar si existeixen diferències entre dones i homes en relació amb la presa de decisions, accés i ús de recursos, rols, activitats i normes de gènere en els següents àmbits de vida social: llar, comunitat, sistema polític, econòmic, relacions internacionals i sistemes d'atenció de salut.

El segon model considerat per explicar el paper del gènere en relació amb la salut i els seus problemes és el proposat per Gita Sen. Aquest model vincula el gènere com a determinant estructural que afecta la salut i incorpora el gènere com a element que ordena valors, normes, pràctiques i comportaments. Aquests comporten una exposició i vulnerabilitat als factors de risc diferencials. A més a més, considera que l'ordenament social del femení i el masculí es reflecteix en els sistemes de salut, introduint biaixos de gènere en la recerca i en l'atenció sanitària (SEN, 2007).<sup>23</sup>

La guia esmentada també ens assenyala els biaixos de gènere en la recerca en salut i anomena:

- L'androcentrisme que es manifesta en considerar els homes, les seves experiències i problemes com la norma. La invisibilització de les dones en la recerca i l'acceptació de la denominació masculina com a norma.
- La insensibilitat de gènere que es manifesta en la desatenció de les diferències entre dones i homes en relació amb el procés salut-malaltia-atenció. La descontextualització ignorant el context social, econòmic i cultural en el qual es desenvolupen les relacions socials entre dones i homes i que ajuda a conèixer la influència de les desigualtats de gènere en salut. La consideració de la llar o la família com a unitat d'anàlisi sense tenir en compte els components, ignorant les diferents situacions de les persones que integren aquest agregat social amb relació a la temàtica d'estudi.
- Els dobles estàndards que consisteixen a utilitzar diferents criteris per tractar i avaluar situacions o problemàtiques substancialment paregudes o idèntiques per als dos sexes, es manifesten en la dicotomia sexual entenent els dos sexes com a oposats. La reproducció d'estereotips sexistes que suposa tractar els estereotips o prejudicis sexistes com si

---

<sup>23</sup> Disponible a [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf) (última revisió 1-2-2012).

foren una característica sexual part de la natura i no una construcció social.

Aquesta guia ens fa unes recomanacions per incorporar la perspectiva de gènere en les diferents fases i tasques que componen el procés de recerca, des del disseny fins a la realització i interpretació de les dades.

- C. En relació amb la integració del gènere en l'atenció, diferents organismes han elaborat guies per incorporar la perspectiva de gènere en el camp de la salut. Com ja hem mencionat en el procés de la salut-malaltia, les diferències biològiques interactuen clarament amb factors determinants socials per definir les diferents necessitats i experiències de dones i homes. En aquest cas, l'equitat de gènere pot exigir un tractament qualitativament diferent sensible a aquestes diferents necessitats. Quan no hi ha cap raó biològica que expliqui els diferents resultats, cal considerar que la discriminació social és la principal sospitosa d'aquests resultats (SEN, GEORGE, ÓSTLIN, 2005).

Específicament, s'han elaborat algunes guies amb recomanacions per integrar la perspectiva de gènere en els programes o plans integrals de salut.<sup>24</sup>

En el text *Género y salud*, Lasheras (2004) ens assenyala les línies estratègiques d'intervenció sobre la salut de les dones amb enfocament de gènere.

1. Desenvolupar polítiques saludables des del sector públic, referint-se a les decisions polítiques generals de qualsevol sector del govern i a qualsevol nivell, caracteritzades per l'interès explícit per la salut i l'equitat i l'impacte potencial en aquest camp. Dins d'aquest grup, assenyalen:
  - Promoure l'enfocament integrat de gènere en les lleis, programes, planificació i dotació pressupostària.
  - Adoptar totes les mesures necessàries per eliminar qualsevol forma de discriminació contra les dones i les nenes.
  - Eradicar les diferents formes en què es manifesta la violència contra les dones, potenciant l'apoderament de les dones, la participació de les associacions de dones, la reorientació dels serveis sanitaris.

---

<sup>24</sup> *Género y Salud. Unidad de igualdad y género*, Lasheras M.<sup>a</sup> Luisa, 2004; *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud*, Amo Alfonso Mercedes, 2008; *Recomendaciones para el enfoque de género en los programas de salud*, Velasco Arias Sara, 2008.

2. Crear entorns saludables, no sols en la dimensió física, sinó també en les dimensions socials, polítiques i econòmiques, com poden ser condicions de treball i salut, ocupacions adequades controlant els factors mediambientals que repercuteixen en la salut de les dones; també implica dissenyar mesures urbanístiques amb enfocament de gènere.
3. Desenvolupar habilitats personals mitjançant l'educació per a la salut, dins d'aquest grup assenyalen:
  - L'apoderament. Marcela Legarde el defineix: "L'apoderament es crea en processos en els quals cada dona enforteix i desenvolupa la capacitat política que li permet defensar-se, enfrontar-se a l'opressió i deixar d'estar subjecta a domini. Aquest és el profund sentit de l'apoderament individual, que sols es dóna si està sustentat col·lectivament". I afegeix: "Parlem també d'apoderament col·lectiu de gènere, com de la capacitat col·lectiva de les dones a enfrontar-se amb consciència i en aliança política, per desmuntar el vell ordre i la construcció quotidiana de formes renovades de convivència social, econòmica, política i cultural" (LEGARDE, 2000).
4. Reforçar l'acció comunitària, articulant la participació comunitària, perquè les associacions de dones puguin accedir als àmbits de presa de decisions.
5. Reorientar els serveis de salut per introduir canvis per garantir l'equitat, ens assenyalen la formació dels professionals i les professionals en l'enfocament de gènere i l'accés a l'atenció (LASHERA, 2004).

En el document *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*, Sara Velasco (2008) ens diu que promoure la inclusió de l'enfocament de gènere per assolir la igualtat i equitat en salut és actualment un objectiu comú en tots els àmbits dels sistemes de salut. Ens diu que és obligat parlar de factors socials i de vulnerabilitat psicosocial i com aquesta intervé en la salut.

Aquesta autora ens defineix tres línies en l'enfocament de gènere en salut, segons el seu fonament, objectius, mètodes utilitzats i productes, que poden coexistir en la pràctica. (Quadre 2)

*Quadre 2. Línies d'enfocament de gènere en salut*

	<b>SALUT DE LES DONES</b>	<b>DESIGUALTAT DE GÈNERE</b>	<b>DETERMINANTS DE GÈNERE</b>
<b>FONAMENT</b>	Les dones tenen problemes específics que requereixen atenció específica	La situació social dels dos sexes és diferent i discriminatòria, comportant desigualtats i iniquitats	Les actituds, vivències, formes de viure, d'emmalaltir, consultar i morir estan influïdes pels determinants psicosocials de gènere
<b>OBJECTIU</b>	Les dones. Atendre els problemes de salut propis del sexe	Els homes, les dones i la discriminació. Assolir la igualtat i l'equitat entre els dos sexes	Els homes, les dones i les seves relacions. Transformar les relacions de poder-subordinació i les posicions subjectives de dones i homes
<b>MÈTODE</b>	Identificar necessitats i proporcionar recursos específics diferenciats per a dones	Identificar desigualtats per sexes i visibilitzar diferent morbiditat. Prendre mesures sociopolítiques i sanitàries per la igualtat i l'equitat	Analitzar i modificar els determinants de gènere socials (models) i psico-subjectius (rols, actituds i significats subjectius)
<b>PRODUCTES</b>	Programació d'atenció a problemes de la dona	Investigació i atenció a la morbiditat diferencial i desigualtat d'accessibilitat i atenció a biaixos de gènere, amb elecció de variables amb potencial explicatiu de gènere	Investigació de determinants i promoció de models d'intervenció col·lectiva i clínica per canviar les actituds determinants de gènere

Font: Velasco, 2006



Sara Velasco (2008) continua dient que, en el moment actual, el més idoni és incorporar els valors i les categories utilitzades en les tres línies descrites en el *quadre 2*, en un enfocament integrat de gènere en salut que inclogui totes les categories de l'enfocament: morbiditat diferencial, necessitats específiques de salut de dones i homes, atenció a les desigualtats i iniquitats de gènere i anàlisi dels factors determinants psicosocials de gènere.

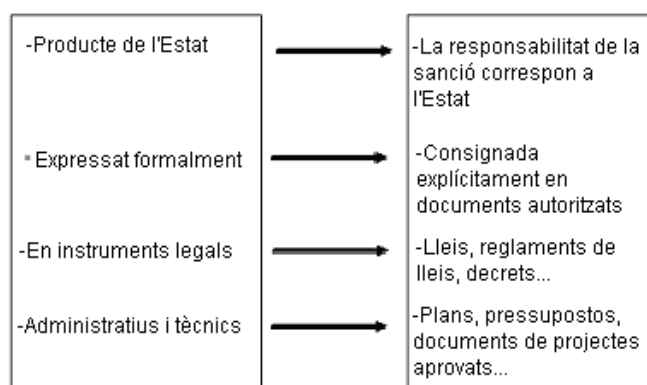
Les guies faciliten la incorporació de la perspectiva de gènere dins dels Plans de Salut. Aquesta incorporació és necessària, ja que, com menciona la *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud* de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, entre els diversos col·lectius de professionals de la salut existeix, de forma dominant, la falsa percepció que el treball tècnic, sanitari o de gestió, l'adequació de recursos, les oportunitats de formació, etc., són neutres respecte al gènere. En la guia, s'assenyala com a condicions requerides per integrar la perspectiva de gènere en l'atenció el compromís explícit de garantir la seva aplicació en l'àmbit polític i organitzatiu, disposar de recursos i mitjans necessaris per dur-ho a terme, així com la conscienciació de la necessitat d'aplicació i formació per realitzar-ho.

La guia dóna una sèrie de recomanacions en relació amb els equips de treball, la utilització del llenguatge, l'anàlisi de la situació i dels recursos, formulació d'objectius, línies assistencials, participació ciutadana, formació, recerca, sistemes d'informació i avaluació, per facilitar la incorporació d'aquestes estratègies en l'àmbit de la salut (AMO ALFONSO, 2008).

Les polítiques públiques, que són producte del sistema polític, principalment, de l'Estat, que és a qui correspon sancionar la formalitat que legitima els instruments d'expressió com a política pública, es poden expressar a través de diferents tipus d'instruments de formulació, que inclouen lleis, reglaments, decrets... fins als instruments de caràcter administratiu i tècnic, com poden ser plans, pressupostos, projectes aprovats (GARCIA PRINCE, 2008).

En el *quadre 3*, se sintetitza una part del procés d'una política pública.

*Quadre 3. Procés que segueix una política pública*



Font: Garcia Prince, 2008

Per altra banda, en el procés de desenvolupament de les polítiques públiques, s'identifiquen les següents fases:

- 1a Decisió: Compromís polític, es defineixen i s'ordenen les prioritats i es tradueix en un marc normatiu (legislació).
- 2a Disseny i planificació: es desenvolupa el Marc Normatiu, s'estableixen els objectius estratègics, les prioritats i les actuacions, així com l'assignació de recursos materials, financers i humans.
- 3a Implementació i gestió: posar en marxa les intervencions dissenyades, en el cas del sistema sanitari, el procés assistencial.
- 4a Seguiment i avaluació: anàlisi de les intervencions realitzades amb el propòsit de determinar en quina mesura s'han assolit els objectius previstos.
- 5a Difusió pública: comunicació als agents interessats i la ciutadania dels resultats de les intervencions (GARCIA CALVENTE, 2008).

L'objectiu d'aquesta tesi és analitzar com es desenvolupa i es du a terme aquest procés d'incorporació de la perspectiva de gènere en el Sistema Sanitari Català. Específicament, ens interessa analitzar si la perspectiva de gènere és present en els diferents moments o fases de desenvolupament de les polítiques sanitàries des del compromís polític traduït en el Marc Normatiu, la planificació i en la implementació de les polítiques de salut. No és objectiu d'aquesta tesi l'avaluació dels canvis produïts a partir de les darreres iniciatives polítiques, ja que caldrà esperar un temps per veure'n els resultats.

En el capítol següent, presentem les variables que conformen el nostre objecte d'estudi, així com el procés d'operacionalització que hem dut a terme per fer operatiu el concepte sobre el qual pivota aquesta tesi: la perspectiva de gènere. Igualment, tractem les consideracions metodològiques realitzades per dur a terme la recollida d'informació en el treball de camp.



## **2. OBJECTE D'ESTUDI I METODOLOGIA**



## 2.1. FORMULACIÓ DEL PROBLEMA

La formulació del problema central de l'estudi és:

El Sistema Sanitari Català ha incorporat la perspectiva de gènere en el procés que segueix el desenvolupament de les polítiques públiques fins arribar als eixos de l'atenció de salut?

## 2.2. OBJECTIUS

Per contestar la pregunta eix central del nostre estudi, començarem per analitzar les polítiques desenvolupades per transformar i millorar la situació de les dones a Catalunya i que han estat dutes a terme pels diferents governs de la Generalitat i plasmades en els diversos plans de Polítiques de Dones, des del primer Pla (1989-1992), fins a l'últim Pla publicat (2008-2011). Centrem l'anàlisi en les actuacions relacionades amb el Departament de Salut i revisarem la legislació del Departament de Salut, en relació amb el tema d'estudi, perquè constitueix el primer pas per traduir la voluntat política. Hem optat per analitzar com s'incorpora la perspectiva de gènere en els Plans Directors del Departament de Salut (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006), ja que aquests constitueixen l'instrument d'operativització de les prioritats en les polítiques sanitàries.

Un cop analitzats tots els plans existents en el moment de l'estudi, aquesta tesi se centrarà en el Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori i, dins d'aquest, en el *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV) . El motiu d'aquesta decisió és acotar l'objecte d'estudi i la selecció d'aquest Pla respon a una realitat objectiva que afecta el col·lectiu de dones i és que les malalties cardiovasculars constitueixen la primera causa de mort entre les dones. Hi ha una segona consideració metodològica que s'ha pres i té a veure amb la definició de l'objecte d'estudi en la seva dimensió territorial. Com posteriorment explicarem, aquesta és una decisió necessària per definir i escollir les persones que participen en la recollida d'informació. Ens hem assegurat que la decisió no implica cap biaix en la recollida d'informació per poder contestar a la pregunta objecte d'estudi.

Hem formulat els nostres objectius operatius de la manera següent:

- Analitzar els plans de Polítiques de Dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2005-2007 i 2008-2011, en els objectius en què estigui implicat el Departament de Salut.

- Revisar la legislació del Departament de Salut pel que fa a l'aplicació de polítiques d'igualtat (2005-2010).
- Revisar els plans directors del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006) per analitzar si s'ha incorporat i com la perspectiva de gènere.
- Analitzar la política que se segueix en relació amb les malalties de l'aparell circulatori, aprofundint en el seu Pla Director (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006) en relació amb la perspectiva de gènere, ja que, com s'ha dit, és la primera causa de mortalitat femenina.
- Conèixer com s'implementa el Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori en la Regió Sanitària de les Terres de l'Ebre.

### 2.3. HIPÒTESIS

L'anàlisi de gènere, introduïda en la teorització feminista dels anys 70, ha tingut una especial rellevància als països anglosaxons, en la mesura que ha permès posar en evidència l'androcentrisme de la ciència, la llengua, la història... així com posar de manifest la construcció social del gènere.

És a partir d'aquesta anàlisi i quan les dones accedeixen a la formació, entrant a formar part dels poders públics, no de manera anecdòtica, sinó com a membres d'una societat formada per homes i dones, quan es qüestiona la societat androcèntrica i els poders públics comencen a formular polítiques públiques introduint la perspectiva de gènere. És, especialment, rellevant la Cimera de Beijing de l'any 1995, quan es proposa el concepte *transversalitat* de l'aplicació de la perspectiva de gènere a totes les polítiques públiques. A partir d'aquí, el Sistema Sanitari, com a part integrant del sistema social, ha d'orientar les seves accions de govern integrant la perspectiva de gènere per assolir l'equitat i la igualtat entre homes i dones.

Tant en l'àmbit internacional com estatal, s'han desenvolupat guies (com s'ha explicat en el capítol anterior) en relació amb la incorporació de la perspectiva de gènere tant en les polítiques públiques com en l'àmbit de la salut i investigació. La nostra hipòtesi general de treball intenta donar resposta al problema formulat en relació amb el procés que segueixen les polítiques públiques del Sistema Sanitari Català quant a la perspectiva de gènere. És així que aquesta tesi pretén analitzar si el gènere és present en tot el procés d'aplicació d'una política pública concreta, fins a la seva implementació. Formulem la nostra hipòtesi general d'aquesta manera:

“En el Sistema Sanitari Català, la perspectiva de gènere és present en el compromís i en el marc normatiu, però no arriba amb igual intensitat en tot el procés de desenvolupament de les polítiques públiques”.

La hipòtesi principal la desglossarem en tres subhipòtesis que orienten la nostra recerca, que són:

1.- En el procés de desenvolupament de les polítiques públiques en el sistema sanitari català, la perspectiva de gènere és present en el compromís polític i en el marc normatiu.

2.- La perspectiva de gènere del marc normatiu del sistema sanitari català es tradueix parcialment en el disseny del plans directores que operativitzen les prioritats del Pla de Salut de Catalunya.

3.- La perspectiva de gènere no és sempre present en la implementació de la política sanitària en el sistema sanitari català.

## 2.4. VARIABLES, CONCEPTES I DIMENSIONS

Per poder acceptar o rebutjar la nostra hipòtesi, hem de definir els elements o dimensions que integren el procés de les polítiques públiques i la perspectiva de gènere, ja que són variables complexes.

1.- El procés que segueixen les polítiques públiques, en aquest cas, de gènere està constituït per les següents dimensions:

*Marc Normatiu:* constitueix la primera fase d'una política pública, on queda reflectit el compromís polític. En el nostre cas, analitzarem com es contempla la perspectiva de gènere en els Plans d'Igualtat del Govern de la Generalitat de Catalunya, en els objectius relacionats amb el Departament de Salut. A més a més, ens interessa analitzar com el Departament de Salut introdueix en el seu marc normatiu (legislació) les disposicions prèvies per al desenvolupament de les seves polítiques amb perspectiva de gènere. L'anàlisi del Marc Normatiu, respecte al nostre objecte d'estudi, està constituït per:

- Anàlisi dels plans de Polítiques de Dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2005-2007 i 2008-2011, en els objectius que estigui implicat el Departament de Salut.
- Revisió de la legislació del Departament de Salut quant a l'aplicació de polítiques d'igualtat (2005-2010).

*Desenvolupament del Marc Normatiu:* El desenvolupament del Marc Normatiu forma part de la segona fase d'una política pública. Per a aquest fi, cal dissenyar com es desenvoluparà la legislació promulgada. Establir els objectius estratègics, les prioritats



i les actuacions, així com l'assignació de recursos materials, financers i humans. L'anàlisi del desenvolupament del Marc Normatiu, respecte al nostre objecte d'estudi, està constituït per:

- Anàlisi dels plans directors (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006), aprofundint en el Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori i, dins d'aquest, del *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV).

*Implementació*: la tercera fase d'una política pública la constitueix la implementació, desenvolupar en la pràctica, mitjançant les actuacions determinades, la política dissenyada prèviament. L'anàlisi de la implementació de la perspectiva de gènere del Departament de Salut, respecte al nostre objecte d'estudi, està constituït per:

- Anàlisi de si la perspectiva de gènere és present en la implementació del PDMCV.

## 2.- Perspectiva de gènere:

El gènere forma una categoria d'anàlisi que ens permet analitzar la construcció sociocultural dels sexes. Com hem vist en el primer capítol, la vinculació del concepte de gènere amb els coneixements sobre la salut comença a explorar-se a partir dels anys 70. La importància d'aquest concepte i la seva interrelació amb l'objecte d'estudi central ens ha portat a elaborar una definició pròpia del que és una política pública de gènere.

Definim política pública amb perspectiva de gènere o sensibilitat de gènere aquella política que inclou en la seva maquinària institucional de desenvolupament la visibilitat i participació de les dones, que té en compte la transversalitat en les actuacions i els factors determinants en el procés de salut en relació amb el sexe/gènere, emprant un llenguatge no sexista ni androcèntric, amb l'objectiu de minorar i eliminar les desigualtats socials en relació amb el gènere.

Igualment, per fer operativa la línia conceptual perspectiva de gènere, hem decidit tenir en compte una sèrie de dimensions:

- **D1. Visibilitat:** el primer element a tenir en compte en una política pública amb perspectiva de gènere és fer visibles les dones en un món androcèntric. En relació amb l'androcentrisme, Ortiz (2006) diu que implica la identificació del masculí amb l'humà en general i, a la vegada, equiparar l'humà amb el

masculí, la qual cosa comporta constituir el masculí com a norma. Per analitzar la visibilitat de les dones en relació amb el nostre objecte d'estudi, revisarem si les dades que analitzen en els plans directors estan desagregades per sexes.

- **D2. Participació:** el nomenament dels equips directors, redactors, consells assessors, òrgans de participació tendiran a ser paritaris.
- **D3. Llenguatge i imatges:** utilització d'un llenguatge integrador que visibilitzi per igual dones i homes, igual en el llenguatge escrit que amb el visual.
- **D4. Determinant en relació amb el sexe/gènere:** elements o factors en relació amb el sexe/gènere que intervenen com a determinants de salut i dels seus problemes.
- **D5. Transversalitat:** la transversalitat implica que el gènere sigui present en totes les polítiques i mesures generals i que, en el moment de planificar-les, es tingui en compte l'impacte que produiran en els homes i en les dones.

Les dimensions presentades s'han operacionalitzat per identificar les categories d'anàlisi que es tindran en compte en la recollida d'informació al llarg de la Revisió documental i del Treball de camp. Aquesta informació es presenta en el *quadre 4* de l'apartat de la Metodologia.

## 2.5. METODOLOGIA

### 2.5.1. CONSIDERACIONS

El nostre estudi l'enquadrarem dins dels estudis feministes de la igualtat, perquè analitzem les polítiques d'igualtat de la Generalitat de Catalunya en relació amb la salut, seguint les polítiques internacionals respecte a la igualtat entre homes i dones<sup>1</sup> des de la voluntat política de la no-discriminació i de la igualtat de drets i oportunitats.

Des d'aquesta perspectiva, l'objectiu de la tesi és analitzar si els elements que hem definit que haurien de ser presents en una política pública en perspectiva de gènere com són la visibilitat de les dones, les actuacions transversals, la participació de les dones, el sexe/gènere com a determinant de salut i el llenguatge escrit i visuals, són tinguts en consideració en els *Plans Directors de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV). Per tenir una informació més completa de l'actuació del Departament de Salut en matèria d'igualtat, també s'ha analitzat si la resta dels plans directors existents en el moment de realització d'aquesta tesi (Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut, Pla Director Sociosanitari, Pla Director de Salut Mental i

---

<sup>1</sup> Declaració del Mil·leni de l'Organització de Nacions Unides. Resolució aprovada per l'Assemblea General 55/2. Declaración del Milenio, 2000. IV Conferència Mundial de Nacions Unides sobre les dones (Beijing, 1995). Organització Mundial de la Salut. Integració de la perspectiva de gènere en la labor de l'OMS, 2002.

Addiccions, Pla Director d'Oncologia) han incorporat i de quina manera la perspectiva de gènere.

En les seves aportacions sobre gènere i ciència, Sandra Harding (1996) exposa tres posicions epistemològiques que són: *empirisme feminista*, *punt de vista feminista* (*Feminist Standpoint*) i *postmodernisme feminista*, podem enquadrar la nostra tesi dins de l'epistemologia *punt de vista feminista*, ja que el nostre objecte d'estudi és analitzar si la perspectiva de gènere és present en les diferents etapes del procés que segueixen les polítiques públiques, en aquest cas, el *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV). Per fer-ho, aplicarem l'enfocament de gènere des del plantejament, visibilitzant aspectes que poden ser considerats "no rellevants" des del punt de vista biomèdic. Metodològicament, aquests estudis afegeixen mètodes qualitatius (interpretatius). En el nostre estudi, incorporem l'anàlisi qualitativa que prové del discurs de persones expertes en polítiques de gènere i salut, i de persones implicades en el procés del disseny i també de la implementació de les polítiques públiques.

En les línies de pensament i acció en l'enfocament de la salut de les dones que procedeixen de la incorporació de la teoria feminista en el camp de la salut, descrites per Sara Velaco (2009), ja mencionades anteriorment, enquadriem el nostre estudi en la 2a i 3a línia que exposem a continuació.

**1a línia de Salut de les Dones:** aquesta línia és el resultat dels Moviments de les Dones dels anys 70 i 80. El text de més repercussió va ser *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas* del Col·lectiu del Llibre de Salut de les Dones de Boston, 1971 (primera edició en castellà, març del 82). Aquell moviment es fonamentava en coneixements autogestionats sobre la salut sexual, anticoncepció i reproducció. A l'Estat espanyol aquests moviments es van plasmar en els centres de Planificació Familiar, creats i gestionats per les dones. Funcionaven amb un model d'atenció participatiu, promovent l'autonomia i l'autoestima de les dones, alliberant-les de les càrregues de la maternitat, que estava obligadament unida a la sexualitat. Aquests centres van ser absorbits pel Sistema Sanitari als anys 90 i es van desenvolupar els Programes de Salut de la Dona.

**2a línia. Desigualtats de gènere en la Salut:** s'inicia en el pas del concepte sexe al concepte *gènere*, que implica una nova capacitat analítica. Es tracta d'identificar les desigualtats de gènere en salut i els biaixos de gènere en l'atenció sanitària. Es desenvolupa en el camp dels estudis epidemiològics i proporciona coneixements per a les polítiques i programes de salut amb els objectius d'igualtat i equitat. Aquesta línia d'anàlisi incorpora el concepte de gènere com a categoria, però aquesta línia es mou dins dels termes biosocials, excloent-ne el component psíquic o subjectiu. Aquestes

limitacions es resolen amb les aportacions de la línia de determinants de gènere, que exposem a continuació.

**3a línia. Anàlisi de determinants de gènere en salut:** per a Sara Velasco (2009), aquesta línia incorpora el gènere com a categoria d'anàlisi de les condicions socials i les vivències de relacions entre dones i homes i, per tant, la forma de viure i d'emmalaltir. Tracta de les condicions de gènere com a determinants de la salut. Les condicions de gènere són aquells rols assignats a dones i homes pels models culturals de gènere, les actituds procedents d'aquells imperatius de gènere a complir, la necessitat de respondre a models i ideals de gènere, i les posicions psíquiques de feminitat i masculinitat, construïdes subjectivament a partir d'aquells models interioritzats. Aquestes actituds són de poder/subordinació i activitat/passivitat dels sexes.

Aquesta línia es planteja la cerca de les causes de les diferències i desigualtats i la transformació social i personal d'aquestes causes. Utilitza el sistema sexe/gènere com a instrument d'anàlisi. Sara Velasco (2009) recomana incorporar un enfocament integral de gènere que inclogui totes les categories d'enfocaments: morbiditat diferencial, necessitats específiques de salut de dones i homes, atenció a les desigualtats i iniquitats de gènere i anàlisi dels factors determinants psicosocials de gènere.

## 2.5.2. METODOLOGIA EMPRADA

Per poder respondre a la pregunta inicial de si el Sistema Sanitari Català ha incorporat la perspectiva de gènere en el procés que segueix el desenvolupament de les polítiques públiques fins arribar als eixos de l'atenció de salut, hem fet una cerca documental en relació amb les polítiques d'igualtat i com s'incorporen aquestes als sistema sanitari. Els resultats obtinguts es presenten en els *capítols 3 i 4*.

Tal com hem apuntat en el marc teòric, vegem *capítol 1*, tota política pública segueix un procés de desenvolupament en una sèrie de fases. Aquestes fases ens marquen l'anàlisi a realitzar en aquesta tesi, ja que el que ens interessa és constatar, i de quina manera, si s'incorpora la perspectiva de gènere en cadascuna d'aquestes fases.

El model d'anàlisi a seguir en aquesta tesi està guiat, doncs, per aquestes fases: voluntat política traduïda en el Marc Normatiu, Disseny i Planificació, Implementació.

Ens han sorgit una sèrie de preocupacions i interrogants sobre la forma d'abordatge i d'aproximació al coneixement d'aquest fenomen social que ens ocupa, hem revisat bibliografia sobre metodologies de recerca qualitativa (DELGADO,1999; BERICAT,1998; QUIVY, 1997), que no s'ajustaven ni asseguraven el nivell d'èxit acceptable en l'aprehensió de tot el procés que segueix una política pública fins a la implementació.

En tot moment hem tingut present que “ser dominats pel ‘mètode’ o per la ‘teoria’ és, senzillament, veure’s impedit per treballar, per temptejar, és a dir, per esbrinar el que està passant al món” (MILLS, 1999).

Per aquest motiu, hem combinat dues metodologies: la revisió documental en relació amb el Marc Normatiu i com es tradueix aquest en el disseny dels plans, i la metodologia qualitativa, emprada mitjançant entrevistes en profunditat a persones informades de privilegi. La primera metodologia s’ha utilitzat per recollir informació de la primera i segona fase del desenvolupament d’una política pública. Les entrevistes en profunditat s’han utilitzat per recollir informació relativa a tot el procés de les polítiques d’igualtat del Departament de Salut. Com diu Coller, les persones que es dediquen a investigar tendeixen a combinar mètodes de naturalesa diferent, el rellevant és utilitzar la imaginació per trobar la forma òptima de produir el millor coneixement possible sobre la parcel·la de realitat que es vol conèixer i, a vegades, cal optar per combinar diferents mètodes (COLLER, 2000).

#### 2.5.2.1. REVISIÓ DOCUMENTAL

##### *Primera fase:*

La primera fase del procés de desenvolupament d’una política pública d’igualtat per raó de gènere és la voluntat política de prendre la decisió que les polítiques per assolir una igualtat efectiva entre dones i homes entren en l’agenda política. A Catalunya aquestes actuacions s’han vertebrat en els plans de Polítiques de Dones de la Generalitat. Hem revisat com a fonts d’informació documental per a aquesta tesi, aquests plans i hem analitzat els plans de Polítiques de Dones 2005-2007 i 2008-2011, centrant-nos en els objectius en què està implicat el Departament de Salut. Aquests objectius dels plans s’han de traduir en un marc normatiu, per la qual cosa revisarem la legislació del Departament de Salut en relació amb l’aplicació de polítiques de dones.

En la legislació del Departament de Salut pel que fa a l’aplicació de les Polítiques de Dones, hem fixat la nostra atenció en el Decret de creació dels plans directors i el seu Consell Assessor (Pla Director d’Immigració en l’Àmbit de la Salut, Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Pla Director d’Oncologia, Pla Director Sociosanitari i el Pla Director de les Malalties de l’Aparell Circulatori). En l’article 2 de tots els decrets de creació dels plans directors, s’anomenen les funcions determinades de cada Pla i l’article 2.2 diu:

2.2: En el desenvolupament d’aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l’ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l’objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats.

Aquest article ens mostra la voluntat política traduïda a Marc Normatiu. Aquesta voluntat política també es manifesta en declaracions i manifestacions de la cap del Departament de Salut de l'època analitzada.<sup>2</sup>

En aquesta tesi, analitzarem com es desenvolupa aquest marc normatiu fins arribar a la implementació i així acceptar o rebutjar les nostres hipòtesis formulades.

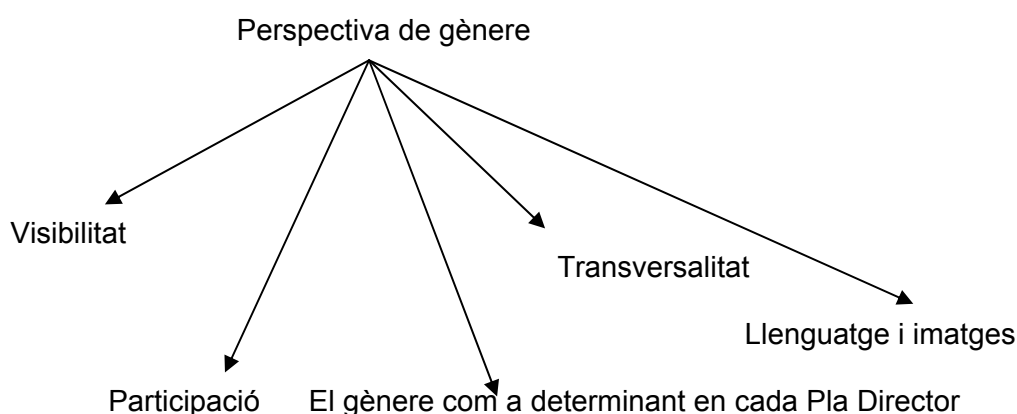
### *Segona fase*

La segona fase en el procés de desenvolupament d'una política pública és el desenvolupament del marc normatiu mitjançant el disseny i la planificació d'actuacions concretes. En el cas del Departament de Salut, l'eina dissenyada a través de la qual es vol materialitzar l'actuació del Departament i del professionals són els plans directors.

En el capítol IV, es presenta l'anàlisi que hem realitzat dels plans directors. L'objectiu principal de l'anàlisi ha estat constatar si, tal com diu l'article 2.2 del DOGC de creació dels Plans, s'ha incorporat la variable gènere en el desenvolupament dels plans.

Analitzem si la perspectiva de gènere com a categoria d'anàlisi en les dimensions que hem definit per fer-la operativa és present en els plans directors. Les dimensions que segons el nostre plantejament hauria de tenir la perspectiva de gènere com a categoria d'anàlisi són la visibilitat, la participació, el llenguatge i les imatges, la transversalitat i els determinants de gènere relacionats amb cada Pla Director.

Dimensions de la perspectiva de gènere:



<sup>2</sup> Es pot consultar la conferència. GELI, Marina. Dona i Salut. Cicle de Conferències. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2005.

Hem buscat indicadors per a cada dimensió (*quadre 4A*).

*Quadre 4A: Dimensions i indicadors de la perspectiva de gènere*

<i>DIMENSIONS</i>	<i>INDICADORS</i>	
D1. Visibilitat	Desagregació de dades per sexe	Morbiditat
		Mortalitat
		Grups d'edat
		Factors de risc
		Classe social
		Demografia àrees geogràfiques
		Ingressos hospitalaris
		Altres dades estadístiques
D2. Participació	Desagregació de dades per sexe	Equip Pla Director
		Col·laboradors/es Departament
		Consell Assessor
		Comissió Permanent
		Grups de treball
D3. Llenguatge	Redacció Pla, llenguatge integrador	Visibilitza igual homes i dones
	Imatges no estereotipades	Visibilitza igual homes i dones
D4. Determinant en relació amb el sexe/gènere	Bibliografia	Cites bibliogràfiques en relació amb el gènere i el Pla
	Documentació	Subministrament de documentació en relació amb el gènere i el Pla
	Formació en gènere de les persones que participen en la redacció del Pla	Activitats de formació
	Formació	Incorporació de persones amb formació de gènere en els grups de treball
D5. Transversalitat	La perspectiva de gènere en tot el Pla	Integració perspectiva de gènere en tots els apartats del Pla
	Actuacions amb altres departaments	Treballar conjuntament amb altres departaments

Font: elaboració pròpia

També hem analitzat si els objectius i les propostes dels plans tenen en compte aquesta perspectiva de gènere (*quadre 4B*).

*Quadre 4B. Objectius i propostes del Pla en relació amb la perspectiva de gènere*

Objectius del Pla	Consideració de les dades desagregades	Si té en compte l'anàlisi de les dades desagregades
	Consideració dels determinants i necessitats de salut per homes i per dones	Si es té en compte que els determinants de salut i les necessitats són diferents per a les dones i per als homes
	En relació amb la recerca	Específics que impulsin la recerca d'indicadors sensibles al gènere
Propostes del Pla	Consideració de les dades desagregades per sexe	Si té en compte els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades
	Consideració perspectiva de gènere	Tenen en compte la perspectiva de gènere en el pla determinat
	Consideració dels biaixos de gènere	Tenen en compte disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent
	Consideració de la recerca	Si hi ha proposta de recerca en relació amb el gènere i el pla determinat
	Consideració de la formació	Promoure accions per assolir la formació en perspectiva de gènere

Font: elaboració pròpia

També hem tingut en compte introduir en el nostre estudi la formació i la recerca, ja que constitueixen els pilars fonamentals i imprescindibles per integrar la perspectiva de gènere en el camp de la salut.

Els quadres anteriors representen la base a partir de la qual hem elaborat un qüestionari amb el qual hem recollit la informació de cada un dels plans revisats.

Per a l'elaboració del nostre qüestionari, hem consultat diversos documents. Una de les guies que més hem utilitzat ha estat la *Guia per a facilitar la incorporació de la*



*perspectiva de gènere en els Plans Integrals de Salut* de la Consejería de Salud de Andalucía (AMO ALFONSO, 2008).

Passem a descriure el qüestionari que hem elaborat per recollir la informació relativa als indicadors, que conformen les dimensions de la variable perspectiva de gènere en cadascun dels plans directors. El qüestionari es troba a l'anex1

## **DIMENSIÓ 1: VISIBILITAT**

Amb aquesta dimensió volem saber si s'ha contemplat la desagregació de dades, com a mecanisme per fer visible la realitat de les dones. Per saber-ho, hem revisat si les dades que descriu el Pla estan desagregades per sexes. També analitzarem si, en les diferències trobades en relació amb els indicadors descrits en el Pla, es realitza una anàlisi de gènere. Les dades analitzades estan extretes de l'anàlisi de la situació de cada pla.

Les preguntes previstes en el qüestionari en relació amb aquesta dimensió són:

1.- Es disgreguen les dades que descriuen el problema per sexe?

	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
Morbiditat		
Mortalitat		
Grups edat		

2. Es disgreguen els factors de risc per sexe?

NO ☐

SÍ ☐

3.- Les dades referents a la classe social estan disgregades per sexe?

NO ☐

SÍ ☐

4.- Les dades referents a les àrees geogràfiques estan disgregades per sexe?

NO ☐

SÍ ☐

5.- Es disgreguen els ingressos hospitalaris per sexe?

NO ☐

SÍ ☐

6.- Totes les dades estadístiques a què fa referència el Pla estan disgregades per sexe?

NO ☐

SÍ ☐

7.- Es realitza l'anàlisi de les dades amb perspectiva de gènere amb les diferències trobades?

NO ☐

SÍ ☐

## DIMENSIÓ 2: PARTICIPACIÓ

Per analitzar la participació de les dones, recollirem el sexe de les persones nomenades com a membres del equip dels plans directors, els/les col·laboradors/es del Departament, consells assessors, Comissió Permanent, grups de treball, òrgans de participació de membres d'associacions relacionades amb el Pla. L'objectiu d'anàlisi és constatar si aquests equips i comissions són paritaris.

Les preguntes previstes en el qüestionari en relació amb aquesta dimensió són:

### COMPOSICIÓ GRUPS DE TREBALL

1.- Participants del Pla per grups:

1a.- Equip del Pla Director

	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Dona		
Home		
Total		

1b.- Col·laboradors del Departament de Salut

	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Dona		
Home		
Total		

1c.- Consell Assessor

	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Dona		
Home		
Total		

1d 1.- Comissió Permanent

	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Dona		
Home		
Total		

Grups de treball dependent de cada Pla Director

Grups de treball

	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Dona		
Home		
Total		

Coordinador/a: ...

2.- S'han incorporat representats de la societat civil en els grups?

(Associacions de persones i familiars afectats, xarxes, ONG).

NO ☐

SÍ ☐

	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Dona		
Home		
Total		

### **DIMENSIÓ 3: LLENGUATGE ESCRIT I VISUAL**

En aquesta dimensió, s'ha volgut constatar si el llenguatge utilitzat en la redacció dels plans visibilitza per igual dones i homes. Volem saber si s'empra o no un llenguatge androcèntric i/o sexista. Igualment, analitzarem les imatges utilitzades en els textos i fullets de difusió dels plans.

Les preguntes previstes en el qüestionari en relació amb aquesta dimensió són:

1.- Està redactat el Pla amb un llenguatge integrador, que visibilitza per igual homes i dones?

NO ☐

SÍ ☐

2.- Es té cura de no transmetre imatges estereotipades en funció del sexe (dones cuidadores, metges i infermeres, homes esportistes...)?

NO ☐

SÍ ☐

### **DIMENSIÓ 4: EL SEXE/GÈNERE COM A DETERMINANT O L'ENFOCAMENT DE GÈNERE**

En aquesta dimensió, es vol saber si el Pla té en compte el gènere com a determinant de salut. Analitzarem si els elements propis del gènere en relació amb el problema de salut estudiat esta són presents en els plans. Revisarem si en la bibliografia emprada hi ha referències a estudis en relació amb el gènere. Igualment, ens interessa saber si les persones que han participat en la redacció del Pla tenen formació en gènere o si s'ha previst aquesta formació.

Les preguntes previstes en el qüestionari en relació amb aquesta dimensió són:

1.- S'utilitza i se cita bibliografia en relació amb el gènere i el Pla Director (malalties aparell circulatori, salut mental...).

NO ☐

SÍ ☐      Quin percentatge...

2.- S'ha subministrat algun tipus de documentació de suport a les persones que constitueixen els equips del Pla, col·laboradors, Consell Assessor, Comissió Permanent, grups de treball per facilitar la incorporació de l'enfocament de gènere al seu treball?

NO ☐

SÍ ☐ En quin grup...

3.- S'ha realitzat alguna activitat de formació en gènere per a les persones que integren els grups de treball prèviament a l'inici del treball?

NO ☐

SÍ ☐ En quin grup...

4.- Les persones que han participat en la redacció del pla tenen formació en la relació de gènere i el pla determinat (gènere i malalties circulatòries, gènere i immigració, gènere i salut mental...)?

NO ☐

SÍ ☐ Enumera-les...

5.- S'ha previst la incorporació al grup de persones amb formació de gènere?

NO ☐

SÍ ☐ Amb quina formació...  
En quin àmbit...

## **DIMENSIÓ 5: TRANSVERSALITAT EN TOTES LES ACTUACIONS**

Arran de la Conferència de Beijing, 95, es veu la necessitat d'introduir el gènere en totes les polítiques. Analitzarem si, des dels plans directors, es té en compte aquesta recomanació, integrant el gènere en tots els eixos dels plans o si, pel contrari, la recomanació de transversalitat no s'ha considerat.

Les preguntes previstes en el qüestionari en relació amb aquesta dimensió són:

1.- Es contempla la integració de la perspectiva de gènere de forma explícita com un dels eixos en tots els apartats del Pla Director?

NO ☐

SÍ ☐

2.- S'ha treballat conjuntament amb altres departaments (Comissió Interdepartamental...), per veure la implicació d'alguna mesura amb altres departaments de la Generalitat?

NO ☐

SÍ ☐ En quin grup...

A més a més, en el moment de l'anàlisi dels plans es va considerar convenient revisar si, en els objectius i les propostes dels mateixos plans, es contempla la perspectiva de gènere. A tal efecte es van dissenyar unes preguntes per recollir la informació.

### OBJECTIUS:

Analitzarem si els objectius formulats en els plans tenen en consideració els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades. Així com els determinants de gènere respecte als temes tractats en els plans. També ens interessa saber si els plans impulsen la recerca d'indicadors de gènere respecte a cada tema tractat en cada Pla.

Les preguntes previstes en el qüestionari en relació amb aquesta dimensió són:

1.- En la formulació d'objectius del Pla Director es té en compte els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades? (Que les poblacions no són homogènies).

NO ☐

SÍ ☐ Quines...

2.- En la formulació dels objectius es té en compte que els determinants de salut dels homes i les dones són diferents i, per tant, les necessitats de salut també?

NO ☐

SÍ ☐

Comentaris.....

.....

3.- Es formulen objectius específics que impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere?

NO ☐

SÍ ☐ Quins.....

### PROPOSTES:

Analitzarem si les propostes del plans tenen en consideració els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades, el coneixement existent quant al gènere com a determinant en relació amb els plans determinats, així com si els plans proposen recerques i accions de formació en relació amb el gènere.

Les preguntes previstes en el qüestionari en relació amb aquesta dimensió són:

1.- Les propostes d'actuació del Pla Director tenen en compte els resultats de l'anàlisi de les dades disgregades?

NO ☐

SÍ ☐

Comentaris.....

2.- Les propostes d'actuacions per assolir els objectius tenen en compte la perspectiva de gènere?

NO ☐

SÍ ☐

Comentaris.....

.....

3.- Hi ha alguna proposta per disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent?

NO ☐

SÍ ☐ Quines...

4.- Hi ha alguna proposta de recerca en relació amb el gènere i el problema de salut determinat pel Pla Director?

NO ☐

SÍ ☐ Quines...

5.- Es promouen accions per assolir la formació amb perspectiva de gènere en tots els perfils professionals?

NO ☐

SÍ ☐

Totes aquestes preguntes conformen l'eina de recollida d'informació per dur a terme l'anàlisi documental dels plans directors del Departament de Salut.

### 2.5.2.2. TREBALL DE CAMP: ENTREVISTES EN PROFUNDITAT

Una part de la informació a analitzar en aquesta tesi prové d'entrevistes en profunditat a persones informants de privilegi. L'elecció dels grups i les persones que formen els grups és un moment important de la recerca, ja que es tracta de respondre la pregunta de quines són les característiques de les persones que formen part dels grups, per obtenir la màxima informació de l'objecte d'estudi i respondre la pregunta que guia el nostre estudi i els elements que intervenen. En relació amb la selecció dels informants i les informants, no hem seguit criteris aleatoris, ja que aquesta no és necessàriament la millor tècnica en aquest tipus d'estudis. En la recerca qualitativa es prefereix utilitzar el mostreig dirigit amb l'objectiu de no córrer el risc de deixar fora d'observació casos importants que el mètode aleatori podria descartar. Per aquest motiu, hem seleccionat les persones que pensem que tenen informació rellevant sobre l'objecte del nostre estudi, ja que la qualitat de la investigació està directament relacionada amb l'elecció del cas a estudiar, per això, els denominem informants de privilegi.

Hem dissenyat tres grups d'estudi que corresponen a les etapes del procés que segueixen les polítiques públiques.

Nosaltres volíem confirmar si les dimensions que havíem descrit com a constituents d'una política pública per a la integració de la perspectiva de gènere en el camp de la salut eren les adequades. També ens va interessar saber com aquests elements s'integren en el disseny i en la redacció d'un pla, així com quins elements intervenen i quines dificultats existeixen per al desenvolupament de la voluntat política traduïda en el marc normatiu. Vam analitzar també si els professionals i les professionals que han d'implementar el PDMCV el coneixen, el seu seguiment i avaluació. Ens interessa explorar què pensem els professionals i les professionals en relació amb la integració de la perspectiva de gènere en la praxi professional, quins factors estan relacionats amb aquesta integració i els tipus de dificultats que hi pot haver. El repte que ens proposem radica a fer visibles aquests elements que queden ocults davant la mirada de la persona que els observa, aquesta cerca d'informació tan sols la podem fer visible mitjançant la metodologia qualitativa.

El 1r Grup (*quadre 5*) va estar format per persones expertes en gènere i salut, en problemes de salut i en polítiques públiques. Aquestes entrevistes van servir per explorar els elements que hauria d'incloure una política pública amb perspectiva de gènere, quines dificultats es poden presentar per a la inclusió de la perspectiva de gènere i quina és la seva opinió en relació amb si el gènere és present en tot el procés de la política pública o si es perd en el procés i no arriba a implementar-se la voluntat política expressada en el marc normatiu. L'elecció de les persones que formen aquest grup ha estat a través de la bibliografia consultada, el cercador d'expertes de la pàgina web de l'*Institut Català de les Dones* (ICD) i per la informació que ens subministraven



les nostres informants, mètode de bola de neu, ja que són persones expertes en polítiques de gènere i salut.<sup>3</sup>

Es va confeccionar una entrevista per a cada informant d'acord amb el perfil de la informant per poder obtenir la màxima informació en relació amb el tema. Les entrevistes s'han desenvolupat de manera oberta i flexible, però seguint un guió, ja que l'objectiu d'aquestes era reflexionar sobre els elements que haurien de ser presents en una política pública amb perspectiva de gènere i les dificultats per a la integració de la perspectiva de gènere en les polítiques sanitàries tant en l'àmbit estatal com a Catalunya.

Les entrevistes es van enregistrar sonorament i s'han transcrit per a l'anàlisi posterior.

Formen part d'aquest grup vuit persones i totes són dones. Les entrevistes s'han realitzat acordant un dia i una hora i desplaçant-nos al lloc acordat.

*Quadre 5. Informants del grup 1. Persones expertes en polítiques de gènere i salut*

<i>LES INFORMANTS DE PRIVILEGI</i>	<i>PERFIL</i>
Informant 1	Metgessa endocrinòloga, presidenta d'una xarxa de dones professionals de la salut. Membre del Kyria. Té nombroses publicacions en relació amb les dones i la salut i els seus problemes i professora de cursos amb aquesta temàtica. Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 2	Metgessa, directora general d'una associació en relació amb la salut i la família. Professora del Departament en Ciències Polítiques i Socials d'una Universitat Catalana. Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 3	Infermera. Promotora de salut i Agent d'igualtat. Treballa en una regidoria de Polítiques d'Igualtat en un ajuntament de la província de Barcelona. Professora de cursos amb aquesta temàtica. Entrevista realitzada a Barcelona.

<sup>3</sup> Les entrevistes d'aquest 1r grup es van realitzar durant els anys 2009-2010.

---

Informant 4	Treballadora social. Responsable de la Xarxa de Dones per a la Salut i de l'associació Creación Positiva. Professora de cursos amb aquesta temàtica. Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 5	Metgessa d'Atenció Primària. Membre del Kyria. Té nombroses publicacions sobre el tema i professora de cursos. Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 6	Infermera llevadora. Sindicalista, forma part de la Secretaria de la Dona de CCOO. Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 7	Metgessa. Té nombroses publicacions sobre desigualtats de gènere, gènere i Malalties Cardiovasculars. Consultora de Salut i Gènere. Professora del "Diploma de Especialización de Género y Salud de la Mujer" del Ministerio de Sanidad i l'Instituto de la Mujer. Entrevista realitzada a Girona.

---

Informant 8	Metgessa psicoanalista. Consultora de Salut i Gènere. Col·labora amb "El Observatorio de Salud de la Mujer". Té nombroses publicacions i professora del "Diploma de Especialización de Género y Salud de la Mujer" del Ministerio de Sanidad i l'Instituto de la Mujer. Entrevista realitzada a València.
-------------	---

---

De l'anàlisi de les seves entrevistes, vam poder aprofundir en les dimensions que formen part de la perspectiva de gènere; també vam aprofundir en les polítiques públiques de gènere i en el seu procés, així com en les dificultats per implementar-les.

El 2n grup (*quadre 6*) el formen informants (homes i dones) de privilegi que estaven relacionats o bé amb el disseny, la planificació i publicació dels plans directors, o bé, en particular, amb el Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori, i de les *Malalties Cardiovasculars* (PDMCV).

Són persones que treballen o tenen relació amb el Departament de Salut. Vam voler incloure en aquest grup el responsable del Departament de Salut a les Terres de l'Ebre en el moment de l'estudi (2009) i el responsable de Planificació Operativa de la Regió

Sanitària de les Terres de l'Ebre que també formen part del Consell Assessor del PDMCV.

Les entrevistes s'han desenvolupat de manera oberta i flexible, seguint un guió amb l'objectiu de reflexionar sobre com s'integra la perspectiva de gènere en l'elaboració i implementació del Pla Director de les Malalties Cardiovasculars, avalant-nos en l'article 2.2 del DOGC de creació del Pla i del seu Consell Assessor.

Els preguntàvem com queden reflectides en el Pla les dimensions que hem donat a la perspectiva de gènere (visibilitat, participació, transversalitat, llenguatge i imatges, recerca i els determinants de gènere). En les entrevistes, també s'ha buscat informació sobre com s'implementa el Pla i quines dificultats hi pot haver per implementar una voluntat política expressada en el DOGC. Les entrevistes es van gravar sonorament i s'han transcrit per a l'anàlisi posterior.

Formen part d'aquest grup nou persones. Hem d'aclarir que, al posar-nos en comunicació amb les persones referides en el Pla, algunes havien canviat de lloc de treball i de responsabilitat en relació amb les persones que s'indicava en les publicacions dels Plans. Això va dificultar el procés de cerca i selecció del grup. Les entrevistes s'han realitzat acordant un dia i una hora i desplaçant-nos al lloc acordat.

*Quadre 6: Informants del grup 2. Persones implicades en la redacció del Pla.*

<i>INFORMANTS (Homes i Dones) DE PRIVILEGI</i>	<i>PERFIL</i>
Informant 1	Metge. Sota director general de Planificació Sanitària (en el Pla figura com a vicepresident del Consell Assessor). Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 2	Metge cardiòleg. Director mèdic d'un hospital. Exdirector del PDMCV (en el Pla figura com a director). Entrevista realitzada a Girona.
Informant 3	Metge cardiòleg. Actual director del Pla Director de les MCV. Entrevista realitzada a Barcelona.

---

Informant 4	Metge. President del Consell Assessor del PDMCV. Estudi REGICOR. Investigador unitat de lípids i epidemiologia cardiovascular. Institut Municipal d'Investigació Mèdica de BCN. Ha publicat nombroses recerques sobre el tema. Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 5	Metgessa. Experta en gènere i MCV. Consultora de Salut i Gènere. Nombroses publicacions. Actualment treballa al Departament de Salut. Entrevista realitzada a Girona.
Informant 6	Treballadora social. Coordinadora de Polítiques de Gènere del Departament de Salut. Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 7	Llicenciada en Ciències Polítiques. Coordinadora de Plans Interdepartamentals. Direcció General de Planificació i Avaluació. Entrevista realitzada a Barcelona.
Informant 8	Metge intensivista. Director territorial del Departament de Salut Regió Sanitària TE. Forma part del Consell Assessor del PDMCV. Entrevista realitzada a Tortosa.

---

Informant 9	Metge d'urgències. Director de Planificació operativa Regió Sanitària TE i membre del Consell Assessor del PDMCV. Entrevista realitzada a Tortosa.
-------------	--

---

De l'anàlisi de les seves entrevistes aprofundirem en les dimensions de la perspectiva de gènere i com s'integren en les polítiques públiques i quines són les dificultats que es troben per poder-les plasmar en el disseny i publicació del PDMCV.

Com hem apuntat, la *tercera fase* en el procés de desenvolupament d'una política pública és la implementació. Per contestar la pregunta inicial que ens vam formular,

vam decidir acotar l'estudi a l'anàlisi del Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori i, dins d'aquest, en les *Malalties Cardiovasculars* (PDMCV). La raó d'aquesta elecció va ser que les *Malalties Cardiovasculars* (MCV) constitueixen la primera causa de mort en les dones i és un dels problemes de salut en què les desigualtats per raó de gènere estan més documentades, tal com mostra la bibliografia consultada. Vam elegir com a unitat d'anàlisi la Regió Sanitària de les Terres de l'Ebre com a territori on dur a terme el treball de camp per a l'anàlisi de la implementació del PDMCV. Ens vam assegurar que aquesta elecció no generés cap biaix, ja que, des de la direcció del PDMCV, se'ns va informar (juny del 2010) que el Pla està implantat a tot Catalunya i que no hi ha diferències entre Regions Sanitàries.

Per a l'anàlisi d'aquesta tercera fase, hem utilitzat la metodologia qualitativa, mitjançant entrevistes en profunditat a deu professionals implicats en la implementació del PDMCV, escollits tant entre especialistes com professionals d'Atenció Primària.

El 3r grup (*quadre 7*) de persones informants (homes i dones) de privilegi el formen professionals que implementen el PDMCV a la Regió Sanitària de les Terres de l'Ebre. En la implementació del Pla, formen part la *Unitat d'Insuficiència Cardíaca* (UIC), el Codi Infart, el Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori de l'Institut Català de la Salut (ICS) de les Terres de l'Ebre i els professionals d'*Atenció Primària de Salut* (APS).

Les entrevistes es van desenvolupar de manera oberta, flexible i seguint totes el mateix guió. L'objectiu d'aquestes va ser reflexionar amb els nostres informants (homes i dones) de privilegi de si la perspectiva de gènere és present en la pràctica assistencial en la implementació del Pla Director de les MCV; per això, els preguntàrem si observaven diferències entre els homes i les dones en relació amb el procés morbide de les MCV i si tenen coneixements en relació amb el PDMCV i la seva implementació al territori. També vam explorar com s'incorpora la perspectiva de gènere en la praxi professional i de què depèn aquesta incorporació, és a dir, quins elements intervenen. I si estan assabentats/des sobre les polítiques amb relació al gènere del Departament de Salut.

Les entrevistes es van gravar sonorament i s'han transcrit per a l'anàlisi posterior. Formen part d'aquest grup deu persones. Les entrevistes s'han realitzat acordant un dia i una hora i desplaçant-nos al lloc acordat.

*Quadre 7: Informants del grup 3. Professionals sanitaris.*

<i>INFORMANTS (Homes i Dones) DE PRIVILEGI</i>	<i>PERFIL</i>
Informant 1	Metge cardiòleg. Coordinador UIC.
Informant 2	Metgessa internista. Metgessa UIC.
Informant 3	Metge intensivista. Coordinador Codi Infart.
Informant 4	Infermera consulta cardiologia i UIC.
Informant 5	Metge. Director Equip d'Atenció Primària.
Informant 6	Infermera. Àrea Bàsica de Salut (ABS).
Informant 7	Metge de família. ABS
Informant 8	Infermer. ABS
Informant 9	Infermera directora d'Equip d'Atenció Primària.
Informant 10	Metgessa de família. ABS

En l'anàlisi de les entrevistes realitzades, hem cercat informació de si en la seva praxi professional és present el gènere i de quins elements depèn la incorporació de la perspectiva de gènere en la pràctica professional.

Mitjançant la revisió documental i les entrevistes en profunditat vam volem donar resposta a la pregunta que guia el nostre estudi, de si el Sistema Sanitari Català ha incorporat la perspectiva de gènere en el procés que segueix el desenvolupament de les polítiques públiques fins arribar als eixos de l'atenció i poder acceptar o rebutjar les hipòtesis plantejades.



### **CAPÍTOL 3. ANÀLISI DE LES POLÍTIQUES DE DONES A CATALUNYA: EVOLUCIÓ I CANVIS POLÍTICS**





L'anàlisi d'aquesta tesi, l'hem dividida en tres capítols (*capítol 3, 4 i 5*). En el primer, presentem una anàlisi documental dels Plans de Polítiques de Dones de la Generalitat de Catalunya. Aquests documents constitueixen l'eina principal d'articulació de les polítiques públiques i de compromís de la Generalitat, per transformar i millorar la situació de les dones, corregint situacions discriminatòries o inequitatives. Especialment, fixarem la nostra revisió en les polítiques relacionades amb el Departament de Salut. A continuació, revisarem el marc normatiu del Departament de Salut en relació amb l'aplicació de polítiques d'igualtat. Aquesta revisió formarà part de la primera fase de qualsevol política pública, la voluntat política transformada en norma.

En el següent capítol, el *capítol 4*, revisarem i analitzarem si, en els Plans Directors del Departament de Salut que operativitzen les prioritats en salut que marca el Pla de Salut de Catalunya, hi és present la perspectiva de gènere, aprofundint en el *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV). Aquesta anàlisi forma part de la segona fase del procés de desenvolupament de les polítiques públiques, que, com ja hem mencionat, són el disseny i la planificació per desenvolupar el marc normatiu.

El *capítol 5*, el centrarem en l'anàlisi de fonts orals, amb un disseny qualitatiu. Com ja hem explicat en l'apartat de la "Metodologia", hem dissenyat tres grups d'estudi. El primer grup està format per persones expertes en salut i gènere, perquè ens donessin la seva visió dels elements en relació amb la perspectiva de gènere i la salut que haurien de ser presents en les polítiques públiques. El segon grup, constituït per persones implicades en la redacció del PDMCV, ja que són les que han de reflectir en el disseny i redacció del Pla les funcions que marca el decret de creació del Pla. En el desenvolupament d'aquestes funcions, en l'apartat 2.2, hi diu, explícitament, que es farà tenint en compte la variant del gènere.

El tercer grup de persones expertes, el formen professionals de la salut que implementen el PDMCV. Amb la seva activitat diària, atenen persones amb problemes cardiovasculars. Analitzarem els determinants de gènere en relació amb les MCV, com s'hauria d'integrar la perspectiva de gènere en l'atenció i quines dificultats presenta.

## INTRODUCCIÓ: LES POLÍTIQUES D'IGUALTAT A CATALUNYA

A Catalunya es crea l'*Institut Català de la Dona* (ICD) el 1989 (Llei 11/89 de 10 de juliol), adscrit al Departament de la Presidència. En el marc del nou Estatut d'Autonomia de Catalunya, la Generalitat de Catalunya té competències exclusives en polítiques de gènere per la Llei Orgànica 6/2006, de 19 de juliol. L'Institut Català de les Dones és l'organisme del Govern que dissenya, impulsa, coordina i avalua les polítiques de dones i per a les dones que desenvolupa l'Administració de la Generalitat i està adscrit actualment al Departament de Benestar Social i Família. D'aquesta manera, es consolida la institucionalització de les polítiques públiques de gènere a Catalunya. Aquestes iniciatives són, en part, el resultat de la pressió desenvolupada pels moviments socials i de les dones contra la discriminació per raó de gènere.

La IV Conferència Mundial de les Nacions Unides sobre les Dones (Beijing, 1995) i el IV Programa d'Acció Comunitari per a la Igualtat d'Oportunitats entre Dones i Homes de la Unió Europea marquen la línia que ha d'orientar tota acció de govern en el sentit d'introduir l'òptica d'igualtat en totes les mesures que s'adoptin, i així promoure la participació de les dones en tots els àmbits de la societat. Aquesta línia és la que es denomina *transversalitat* ('*mainstreaming*').

Les polítiques d'igualtat d'oportunitats que desenvolupa actualment la Generalitat de Catalunya inclouen dos elements clau: la transversalització com a estratègia i l'acció positiva com a eina.

Es denomina *transversalització de gènere* l'organització, la millora, el desenvolupament i l'avaluació dels processos polítics, de manera que els actors involucrats normalment en l'adopció de mesures polítiques incorporin una perspectiva d'igualtat de gènere en totes les polítiques, en tots els àmbits i en totes les etapes. (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2005).

La transversalitat de les polítiques d'igualtat d'oportunitats entre els homes i les dones requereix un plantejament global. El Parlament de Catalunya va aprovar la Llei 4/2001, de 9 d'abril, de modificació de l'apartat 2 de l'article 63 de la Llei 13/1989, del 14 de desembre, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya (19 d'abril de 2001).

L'aplicació de les polítiques públiques de la transversalitat en la perspectiva de gènere i de les dones significa que els poders públics han d'integrar el reconeixement de l'existència de dones i homes al conjunt de les seves polítiques, per tal que aquestes responguin a les realitats, oportunitats, necessitats i expectatives dels dos sexes i, alhora, tenir en compte que els canvis necessaris per millorar la societat han d'impactar positivament sobre els dos grups de població. Es tracta de planificar, executar i avaluar polítiques, a partir del concepte d'igualtat, tot donant valor a les

aportacions de les dones en la construcció, el manteniment i la transformació de la societat.<sup>1</sup>

La perspectiva de gènere implica, entre altres coses, promoure i garantir:

- Igualtat jurídica a l'hora d'elaborar disposicions i lleis.
- Nomenaments paritaris en els consells assessors i les comissions.
- Producció i desenvolupament d'estadístiques desagregades per sexe (Resolució ASC/437/2007, de 5 de febrer, pel qual es dóna publicitat a l'Acord de govern de 14 de març de 2006, DOGC 26-2-07).
- Elaboració dels Pressupostos de la Generalitat amb garanties de no-discriminació per raó de gènere.
- Informes d'impacte de gènere.
- Ús no sexista del llenguatge.<sup>2</sup>

La incorporació de la perspectiva de gènere a les polítiques públiques suposa la determinació d'anar cap a l'equitat i la igualtat de gènere com a objectiu a assolir. La perspectiva de gènere té que està present en el procés de planificació, implementació i avaluació de les polítiques, ja que la igualtat jurídica no garanteix necessàriament la igualtat social.

En el marc de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, aprovat per la Llei Orgànica 6/2006, de 19 de juliol, la Generalitat de Catalunya té competències exclusives en polítiques de gènere. Estableix clarament la integració de la dimensió de gènere en l'elaboració i l'aplicació de totes les accions polítiques que duguin a terme tots els poders polítics catalans en el desenvolupament de les seves competències. Destaquem els següents articles:

#### Article 19. Drets de les dones

1. Totes les dones tenen dret al lliure desenvolupament de llur personalitat i capacitat personal, i a viure amb dignitat, seguretat i autonomia, lliures d'explotació, maltractaments i de tota mena de discriminació.
2. Les dones tenen dret a participar en condicions d'igualtat d'oportunitats amb els homes en tots els àmbits públics i privats.

<sup>1</sup> ICD. Disponible a <http://www.gencat.cat>.

<sup>2</sup> ICD, Disponible a <http://www20.gencat.cat/portal/site/icdones/menuitem.351404635dde900639a72641b0c0e1a0/?vgnextoid=4b47d21ce92dc110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=4b47d21ce92dc110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default, última consulta 28-9-11>).

#### Article 41. **Perspectiva de gènere**

1. Els poders públics han de garantir el compliment del principi d'igualtat d'oportunitats entre dones i homes en l'accés a l'ocupació, en la formació, en la promoció professional, en les condicions de treball, inclosa la retribució, i en totes les altres situacions, i també han de garantir que les dones no siguin discriminades a causa d'embaràs o de maternitat.
2. Els poders públics han de garantir la transversalitat en la incorporació de la perspectiva de gènere i de les dones en totes les polítiques públiques per a aconseguir la igualtat real i efectiva i la paritat entre dones i homes.
3. Les polítiques públiques han de garantir que s'afrontin de manera integral totes les formes de violència contra les dones i els actes de caràcter sexista i discriminatori; han de fomentar el reconeixement del paper de les dones en els àmbits cultural, històric, social i econòmic, i han de promoure la participació dels grups i les associacions de dones en l'elaboració i l'avaluació d'aquestes polítiques.
4. Els poders públics han de reconèixer i tenir en compte el valor econòmic del treball de cura i atenció en l'àmbit domèstic i familiar en la fixació de llurs polítiques econòmiques i socials.
5. Els poders públics, en l'àmbit de llurs competències, i en els supòsits que estableix la llei, han de vetllar perquè la lliure decisió de la dona sigui determinant en tots els casos que en puguin afectar la dignitat, la integritat i el benestar físic i mental, en particular pel que fa al propi cos i a la seva salut reproductiva i sexual.

Una de les darreres iniciatives del govern tripartit va ser aprovar el Projecte de Llei per a una Nova Ciutadania i per a la Igualtat entre Dones i Homes al setembre del 2010. El canvi de govern arran de les eleccions del 28 de novembre del 2010 va suposar que, després de la presentació de la proposició d'aquesta llei per a l'admissió a tràmit a la Mesa del Parlament el 10 de març del 2011 per part dels grups parlamentaris dels partits polítics que formaven part del govern tripartit, quedés exclosa la seva tramitació (*Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya* del 15 de març de 2011).

L'avantprojecte assenyalava com a mecanismes per integrar la perspectiva de gènere a les polítiques públiques:

- Transversalitat de la perspectiva de gènere.
- Perspectiva de les dones.
- Transversalitat de les polítiques de dones.
- Plans estratègics de polítiques de dones.
- Participació social i política de les dones i col·laboració amb el teixit social.
- Coordinació i cooperació institucional.

- Formació i capacitat.
- Mesures d'acció positiva.
- Informes d'impacte de gènere.
- Pressupostos amb perspectiva de gènere.
- Ús no sexista ni androcèntric del llenguatge.
- Estudis, estadístiques, indicadors i auditories de gènere.

Quant a l'apartat dels continguts de les polítiques de dones pel que fa referència a la salut, el mateix avantprojecte apunta que:

- Totes les actuacions assistencials, els diagnòstics i els tractaments, així com els plans d'acció comunitària, de recerca i de docència en l'àmbit de la salut, han d'incloure el principi d'igualtat entre dones i homes i les diferències de sexe i gènere.
- Els instruments de planificació sanitària i els plans d'acció comunitaris han d'incorporar la perspectiva de gènere i de les dones en totes les seves fases, així com fomentar la participació dels diferents col·lectius de dones.
- Pel que fa a la recerca biomèdica, els poders públics han d'emprendre i promoure investigacions científiques sobre la morbiditat diferencial entre dones i homes que tinguin en compte els condicionaments socials, culturals, educacionals, biològics i psicològics que afecten la salut.
- S'ha de garantir que els protocols de treball i els dissenys de recerca siguin sensibles a les diferències entre dones i homes, incloent ambdós sexes en els paràmetres d'anàlisi.
- Cal reorientar la formació de les professionals i els professionals de la salut cap a models que incloguin la perspectiva de gènere per tal que la pràctica clínica doni resposta a les necessitats i expectatives en salut pel que fa a gènere.

### 3.1. PLANS DE DESENVOLUPAMENT DE LES POLÍTIQUES DE DONES A CATALUNYA

En la Llei 11/1989, de 10 de juliol, de creació de l'Institut Català de la Dona, entre les seves funcions figura: "Elaborar i promoure informes, estudis i anàlisis de recerca sobre matèries relacionades amb la problemàtica actual de la dona a Catalunya".

En el Decret 572/2006, de 19 de desembre, de reestructuració parcial del Departament d'Acció Social i Ciutadania, en l'article 15 es refereix a l'Institut Català de les Dones, anomenant-ne les funcions:

15.1. Corresponen a l'Institut Català de les Dones les finalitats previstes a la Llei 11/1989, de 10 de juliol, així com les funcions següents:

- Elaborar i proposar les directrius sobre polítiques de dones.
- Dissenyar, coordinar, impulsar i fer el seguiment del Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones.
- Dissenyar, executar i avaluar els programes d'actuació del Departament en matèria de polítiques de dones, d'acord amb les directrius establertes al Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones.
- Coordinar i avaluar l'execució dels acords fruit de les relacions entre aquest Institut Català de les Dones, entitats i organismes catalans, de l'Estat espanyol i organismes d'igualtat d'altres comunitats autònomes en règim bilateral o multilateral en els diferents programes d'igualtat d'oportunitats.
- Coordinar, fer el seguiment i supervisar els programes i les actuacions dels diferents departaments i organismes de la Generalitat de Catalunya en l'àmbit de les polítiques de dones, d'acord amb les directrius establertes al Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones.
- Totes les altres que li atribueixin les disposicions vigents i les que li encomani la persona titular del Departament o la persona titular de la Secretaria General del Departament".<sup>3</sup>

Tal com marca el decret, correspon a l'ICD elaborar i proposar les directrius en polítiques de dones, així com coordinar, fer el seguiment i supervisar els programes i actuacions dels diferents departaments en l'àmbit de les polítiques de dones d'acord amb les directrius del Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones.

---

<sup>3</sup> Disponible a

<http://www20.gencat.cat/portal/site/icdones/menuitem.cd59b061552b62b439a72641b0c0e1a0/?vgnextoid=ac1c87e287b8d110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=ac1c87e287b8d110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>, (última revisió 19 de novembre del 2011).

### 3.1.1. PLANS I, II, III I IV DE POLÍTIQUES DE DONES (1989 -2005)<sup>4</sup>

El Govern de la Generalitat aprovà, en data 23 de juny de 1989, el I Pla d'Actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la Igualtat d'Oportunitats per a les Dones (1989-1992).

En data 28 de juny del 1992, el Govern de la Generalitat va aprovar el II Pla d'Actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la Igualtat d'Oportunitats per a les Dones (1994-1996).

El III Pla d'Actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la Igualtat d'Oportunitats per a les Dones (1998-2000) va ser aprovat pel Govern el 7 de gener del 1998.

Aquest Pla consta de 8 apartats:

1. Establiment de la cooperació en una societat canviant.
2. Foment de la igualtat en una economia canviant.
3. Conciliació del treball i la vida familiar entre homes i dones.
4. Foment d'una participació equilibrada d'homes i dones en la presa de decisions.
5. Fer possible que les dones exerceixin els seus drets.
6. Les dones i la salut.
7. Dones en situació de risc social.
8. Les dones i el medi ambient.

En cada apartat, es defineixen els objectius operatius, les actuacions i també s'especifica la manera d'avaluar-los.

En l'apartat referit a les dones i la salut, els objectius que es marca són els d'incorporar l'especificitat de les dones en l'assistència sanitària, sobretot en salut reproductiva i malalties que més afecten les dones. També promoure la recerca i introduir l'especificitat de la salut de les dones en les diferents disciplines sanitàries.

*El IV Pla d'Actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la Igualtat d'Oportunitats per a les Dones (2001-2003)* fou aprovat per Acord del Govern de la Generalitat, de 6 de novembre de 2001. Per a la implementació dels objectius esmentats, el IV Pla proposa dues estratègies: la incorporació de la perspectiva de gènere a les polítiques generals i la realització d'accions específiques per a les dones. Les accions que proposa s'emmarquen en els següents objectius:

- Avançar en les polítiques d'ocupació remunerada per a les dones.
- Afavorir la conciliació de la vida familiar i professional de les dones i dels homes.
- Eradicar la violència contra les dones.

---

<sup>4</sup> L'anàlisi i descripció de les polítiques que marca l'ICD respecte al Departament de Salut les centrarem a partir del III Pla, dels quals ja disposem de més documentació. Aquest condicionant no afecta el nostre estudi.



- Promoure la formació de les dones i l'educació en la igualtat de drets.
- Impulsar les polítiques de benestar.
- Afavorir la promoció social de les dones del món rural.
- Promoure la informació i l'atenció a les dones.
- Fomentar la participació de les dones en tots els àmbits de la societat.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social està involucrat en les actuacions que proposa dins de l'objectiu d'eradicar la violència contra les dones i en el d'impulsar polítiques de benestar amb programes de prevenció de les malalties que més afecten les dones. També incorporaran la perspectiva de gènere en l'estudi i la investigació científicosanitària.

### 3.1.2. ANÀLISI I AVALUACIÓ V PLA D'ACCIÓ I DESENVOLUPAMENT DE LES POLÍTIQUES DE DONES A CATALUNYA (2005-2007)

Per Acord de govern de 22 de març de 2005, es va aprovar el V Pla de Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya (2005-2007), presentat per l'ICD (que en aquell moment formava part del Departament de la Presidència).

El Govern de la Generalitat de Catalunya reconegué la importància de l'aplicació de la transversalitat de la perspectiva de gènere, a través de la Llei 4/2001, que implica l'obligatorietat d'elaborar un informe d'impacte de gènere de totes les disposicions normatives de caràcter general (decrets, ordres i avantprojectes).

Aquesta política es plasma en aquest V Pla, que consta de sis eixos i tots els departaments de la Generalitat de Catalunya participen en l'elaboració. En la *taula 1*, enumerem els objectius de cada eix, així com el nombre de mesures i en quantes hi participa el Departament de Salut o en coordina. L'Eix 6 és tot un programa per a l'abordatge integral de les violències contra les dones amb quatre línies d'actuació, amb objectius i mesures per cada línia, els enumerem en la *taula 2*, així com el nombre de mesures en què participa el Departament de Salut o en coordina.

*Taula 1. Eixos del V Pla de les Polítiques de Dones*

<i>Eixos</i>	<i>Objectius</i>	<i>Mesures</i>	<i>Participació/coordinació Departament de Salut</i>
Eix 1	5	46	10
Eix 2	11	83	1
Eix 3	9	53	4
Eix 4	11	74	1
Eix 5	11	57	29

Elaboració pròpia

*Taula 2. Eix 6. V Pla de les Polítiques de Dones*

<i>Eix</i>	<i>Línies</i>	<i>Objectius</i>	<i>Mesures</i>	<i>Participació/coordinació Departament de Salut</i>
Eix 6	Línia 1	19	106	22
Eix 6	Línia 2	4	17	11
Eix 6	Línia 3	18	64	12
Eix 6	Línia 4	7	21	6

Elaboració pròpia

En l'*annex 2*, transcrivim els eixos, mesures i objectius en què està implicat el Departament de Salut, ja que aquestos formen part de la maquinària institucional per integrar la perspectiva de gènere en les polítiques públiques del sistema sanitari, evidenciant la voluntat política, que és el primer esglaó o fase de les polítiques públiques i on s'emmarca el nostre estudi.

En la presentació del Pla, assenyala que té la voluntat de contribuir a la indispensable renovació de la societat, incidint especialment en els canvis de rols de gènere. És tota una declaració programàtica de la voluntat política d'integrar la perspectiva de gènere d'una manera transversal en totes les polítiques públiques del Govern de la Generalitat de Catalunya dotant-lo pressupostàriament.

L'*Eix 1* tracta el tema de la transversalitat en el disseny i desenvolupament de les polítiques del govern, definint els objectius, les mesures i els organismes implicats.

Amb relació al nostre treball, assenyalarem les mesures en què participa el Departament de Salut i que després hauria de desenvolupar en les seves polítiques. La *mesura 1.1.1.*: "Garantir la coherència dels plans i programes del Govern de la Generalitat de Catalunya amb el V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya". La *mesura 1.1.5.*, "incloure la perspectiva de gènere en els estudis i enquestes promogudes i elaborades per la Generalitat de Catalunya"; la *1.3.9.*, "potenciar la creació d'equips de persones amb formació de gènere a tots els departaments de la Generalitat" i la *1.3.12.*, "introduir, pel que fa al llenguatge, la feminització en totes les categories professionals de l'Administració".

L'*Eix 2* tracta de la construcció d'una cultura per a un nou contracte social i ens parla de posar en marxa diferents programes que aborden la visibilitat de la cultura femenina i la incorporació de la mirada de les dones en la difusió cultural, legitimant els estudis de gènere en totes les disciplines i el foment en la investigació de gènere en tots els àmbits i disciplines. El Departament de Salut participa en la *mesura 2.3.1.*, "garantir que les dones de Catalunya tinguin accés als coneixements que suposin una millora de les seves condicions de vida (sanitària, social, cultural, econòmica i científica)".

L'Eix 3 tracta d'incrementar la presència i la participació de les dones en tots els àmbits de la vida social, tenint en compte la seva diversitat. El Departament de Salut participa en quatre mesures per tal d'incorporar les dones a les institucions i/o òrgans de decisió. La participació de les dones en les institucions és un element important d'apoderament i hauria de ser present en les polítiques amb perspectiva de gènere.

Pel que fa a l'Eix 4, "reorganitzar el temps i els treballs per tal de fer de la vida quotidiana un eix vertebrador de les polítiques", el Departament de Salut participa en una mesura relacionada amb el fet de valorar el treball reproductiu i la necessitat del seu repartiment entre homes i dones.

L'Eix 5: "Ofertir una atenció integral davant les necessitats de les dones", és l'eix en què més participa el Departament de Salut, coordinant 24 mesures de les 57 de les que contempla el Pla. Dins de l'atenció integral de les dones, fa referència també a la salut, tenint en compte que les mancances de l'Estat del benestar han generat un gran cost social sobretot a les dones. Les dones tenen un estat de salut pitjor (Pla de Salut de Catalunya, 2002-2005, ESCA, 2006) i, tal com diu en la introducció d'aquest eix, "en l'última dècada, s'ha fet visible que l'atenció sanitària exigeix una ciència mèdica renovada, amb una mirada de gènere que tingui en compte les diferències anatòmiques, biològiques, psicosocials entre dones i homes, fomentant la participació de les usuàries i dels grups i entitats de dones".

El nostre treball s'insereix clarament dins d'aquest eix i esperem que la nostra anàlisi contribueixi a millorar les polítiques públiques d'igualtat. El V Pla va definint els elements per a cada objectiu que el Sistema Sanitari Català hauria d'integrar per dur a terme una atenció sanitària amb perspectiva de gènere.

En l'objectiu 5.2., "introduir la perspectiva de gènere en els sistemes d'informació sanitària i fomentar la recerca sobre les desigualtats de gènere en la salut", amb les mesures següents va definint el camí per tal d'assolir aquest objectiu.

*Mesura 5.2.1.:* "Establir la recollida de tota la informació sanitària en dades sensibles a les diferències en salut per raó de sexe".

*Mesura 5.2.2.:* "Garantir que les enquestes de salut incloguin la perspectiva de gènere".

*Mesura 5.2.3.:* "Garantir que l'Enquesta de Condicions de Treball inclogui la perspectiva de gènere i complementi la informació de les enquestes de salut".

*Mesura 5.2.4.:* “Garantir que els estudis i treballs de recerca contemplin l'especificitat de la salut de les dones, tracten el tema de la visibilitat en la recollida de dades per realitzar l'anàlisi d'aquestes amb perspectiva de gènere”.

També estan contemplades les mesures perquè els estudis i les recerques incloguin la perspectiva de gènere. Totes aquestes mesures van en la línia de pal·liar la invisibilitat de les dones en relació amb la salut i els seus problemes.

Un altre element important per introduir la perspectiva de gènere en l'atenció sanitària és la formació dels professionals i les professionals ja graduats, que queda incorporada amb la següent mesura.

*Mesura 5.2.7.:* “Potenciar la realització de postgraus i màsters de salut amb perspectiva de gènere”, que coordina universitats i hi participa el Departament de Salut amb l'ICD, va encaminada en aquesta direcció.

En l'*objectiu 5.3.:* “Introduir la perspectiva de gènere en els Plans de Salut i de Prevenció de Riscos Laborals i dissenyar polítiques de disminució de risc que tinguin en compte les diferències i desigualtats de gènere”. Dins d'aquest objectiu, hem ressaltat les següents mesures.

*Mesura 5.3.1.:* “Introduir la perspectiva de gènere en l'elaboració i avaluació del Pla de Salut de Catalunya, més enllà del concepte de salut reproductiva”. És important aquesta explicitació, ja que durant molts anys la salut de les dones se circumscribia bàsicament a la salut reproductiva.

*Mesura 5.3.2.:* “Introduir la perspectiva de gènere en l'elaboració i l'avaluació del Pla de Prevenció de Riscos Laborals”. Les dones, moltes vegades, han estat oblidades en relació amb la salut laboral i els seus problemes.

*Mesura 5.3.3.:* “Garantir que l'atenció sanitària a les dones tingui en compte els drets de les dones a viure les seves diferències, el dret al coneixement i a la decisió sobre el propi cos”.

Un altre element important en relació amb la perspectiva de gènere és la participació de les dones amb vista a l'apoderament d'aquestes; el Pla assenyala la següent mesura.

*Mesura 5.3.4.:* “Garantir la participació de les dones i de les entitats de dones en els òrgans de consulta, planificació i avaluació dels plans de salut”.

Per últim, dins de l'*objectiu 5.3.*, el Pla també refereix la importància que la perspectiva de gènere sigui present en tot el territori, i ho manifesta amb la següent mesura.

*Mesura 5.3.6.*: “Realitzar el seguiment operacional dels diferents plans de salut al territori integrant la perspectiva de gènere”. Segons el Pla, cal portar el seguiment al territori per veure si la perspectiva de gènere hi és present des del nivell central fins al territorial.

En l'*objectiu 5.4.*: “Garantir una assistència sanitària que tingui en compte la perspectiva de gènere”, el Pla té present que, en tot el procés de l'atenció sanitària, es tingui en compte la perspectiva de gènere des de la planificació (*objectiu 5.3.*) fins a l'assistència.

Per assolir l'*objectiu 5.4.*, proposa tres mesures.

*Mesura 5.4.1.*: “Ofereix formació a les persones que treballen en centres sanitaris públics sobre l'aplicació de la perspectiva de gènere en l'àmbit de la salut”.

*Mesura 5.4.2.*: “Fer que el disseny i l'avaluació dels serveis sanitaris introdueixi la perspectiva de gènere”, coordinats pel Departament de Salut. El Pla proposa la formació com a eina per implementar la perspectiva de gènere en la praxis professional.

*Mesura 5.4.3.*: “Reconèixer el paper i recollir el treball de les dones i les associacions de dones d'altres cultures com a agents de salut en la prevenció i l'atenció sanitària”. El Pla obre el camp al reconeixement a les dones d'altres cultures.

En l'*objectiu 5.5.*: “Garantir el dret de les dones al propi cos”, proposa cinc mesures relacionades amb el Departament de Salut, que no les desenvolupem perquè no són objecte del nostre estudi.

En l'*objectiu 5.6.*: “Recollir i donar respostes a les necessitats específiques de les dones discapacitades”, proposa dues mesures. No les desenvolupem perquè no són objecte del nostre estudi.

En l'*objectiu 5.9.*, ens parla de “Recollir i donar respostes a les necessitats específiques de les dones que pateixen discriminació per raó d'opció sexual”. No les desenvolupem perquè no són objecte del nostre estudi.

En l'*objectiu 5.10.*: "Recollir i donar respostes a les necessitats específiques de les dones migrades". No les desenvolupem perquè no són objecte del nostre estudi.

L'*objectiu 5.11.*: "Recollir i donar respostes a les necessitats específiques de les dones gitanes". No les desenvolupem perquè no són objecte del nostre estudi.

L'*Eix 6* és tot un programa per a l'abordatge integral de les violències contra les dones. Analitzant el V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya (2005-2007), podem afirmar que la voluntat política d'introduir la perspectiva de gènere al Sistema Sanitari és present en aquest document.

En relació amb l'avaluació del V Pla, al principi ens havíem plantejat realitzar l'anàlisi de cada eix amb els objectius i les mesures en què estava implicat el Departament de Salut i descriure les actuacions realitzades dins de cada mesura.

L'ICD va publicar l'avaluació del V Pla, realitzada per l'*Institut de Govern i Polítiques Públiques* (IGOP), (el resum del qual figura en l'*annex 3.*) En les dades de què disposem, les de l'avaluació de l'IGOP, tan sols podem fer una avaluació global del Pla en relació amb el Departament de Salut.

En relació amb els eixos, el grau d'execució del Departament de Salut és del 85,2%, de les 61 actuacions previstes, se n'han realitzat 52. En l'avaluació realitzada per l'IGOP, tan sols fa menció al Departament de Salut en l'anàlisi del desplegament territorial de les actuacions, on destaca el Departament de Salut, com la unitat que ha mantingut una dimensió territorial més àmplia i constant al llarg del temps. En l'avaluació de l'impacte del Pla, l'IGOP realitza una selecció d'una mostra significativa de 16 mesures dels *eixos 1 a 5*.

D'aquestes mesures seleccionades, tan sols la *mesura 5.3.3.*: "Garantir que l'atenció sanitària a les dones tingui en compte els drets de les dones a viure les seves diferències, el dret al coneixement i a la decisió sobre el propi cos", coordinada pel Departament de Salut, que forma part de l'*Eix 5*, és avaluada.

L'avaluació que realitza l'IGO ens descriu les accions realitzades i, com a conclusió general de la mesura, remarca la creació d'estructures formals i informals (Grup Kyria i grup intern de seguiment de les polítiques de gènere al Departament, respectivament) com a element de transversalització destacable. Per les informacions de què disposem, el grup Kyria no està operatiu en aquest moment, tan sols es va constituir.

L'avaluació destaca també els mecanismes emprats per impulsar la transversalitat, ja que aquesta esdevingué la primera línia estratègica del V Pla. La metodologia emprada ha consistit a:

1. Identificar els mecanismes que s'han emprat:

- De coordinació i estructuració institucional
- De seguiment i rendició de comptes
- Econòmics
- Formatius
- Regulatius
- Informatius i d'anàlisi
- De participació civil
- Informals

2. Analitzar el disseny i la implementació dels mecanismes seleccionats.

3. Analitzar l'efectivitat.

En relació amb els mecanismes formatius, l'IGOP assenyala la realització de cursos i la modificació dels temaris d'oposicions de diferents cossos i llocs de treball de l'Administració pública.

També s'assenyalen els mecanismes regulatius, de subvencions i de beques quan incloguin algun tipus de clàusula de gènere i la *Guia per a la incorporació de l'impacte transversal en matèria de gènere als programes pressupostaris*, i la normativa en relació amb la feminització el llenguatge i la seva aplicació.

### 3.1.3. ANÀLISI VI PLA DE POLÍTIQUES DE DONES DEL GOVERN DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (2008-2011)

El VI Pla fou aprovat per Acord de govern el 29 de juliol del 2008. En la seva presentació, la directora de l'ICD assenyala:

El caràcter estructural dels factors que incideixen en les desigualtats encara fa necessari que les polítiques públiques no només actuïn per continuar corregint les situacions discriminatòries o inequitatives, sinó que també segueixin assegurant la continuïtat i el seguiment de les polítiques de dones, enteses com aquelles que tenen en compte la diferència de ser dona o home al món i que, alhora, incorporen la perspectiva de les dones en la seva concepció, a fi de contrarestar les inèrcies històriques i d'aconseguir, amb un seguiment estricte dels objectius i amb el temps adequat per assolir-los, la consolidació d'aquestes polítiques en tots els àmbits de les administracions públiques, d'altres organitzacions i de la societat en general (Marta Selva, presidenta de l'ICD).

El Pla té diversos apartats i comença amb la diagnosi de la situació actual amb relació a:

- Transversalització
- Canvis culturals
- Participació

- Reorganització del treball i noves polítiques de temps
- Qualitat de vida i cohesió social
- Intervenció integral contra la violència masclista

En relació amb la qualitat de vida i la cohesió social, la diagnosi assenyala que “la salut és un aspecte clau a l’hora d’avaluar la qualitat de vida de dones i homes. Nombrosos estudis demostren les diferències entre dones i homes en la manera d’afrontar i patir les situacions de malaltia. Els resultats d’aquests estudis han posat de manifest l’existència d’un biaix de gènere que obliga a repensar la pràctica medicosanitària des de la perspectiva de gènere per millorar la salut de les dones, tant física com social”.

Continua dient:

La qüestió de la salut fa que ens trobem davant d’una situació paradoxal: mentre que en molts àmbits hi ha establert una segregació entre sexes, en el món de la salut s’ha tendit cap a una homogeneïtzació gradual de les patologies de dones i homes. La necessitat d’afrontar amb coherència les malalties patides per dones i homes ens obliga a superar aquesta visió i a adoptar un plantejament més ampli, variat i divers, en el qual és indispensable introduir la sensibilitat de gènere. És a dir, cal tenir en compte que el gènere és un terme relacional i, per això, les qüestions de salut s’han de relacionar amb les estructures socials, econòmiques, culturals i de poder en les quals ens trobem en la societat actual.

Continua referint la importància dels patrons socioculturals respecte al gènere en relació amb els nivells de salut.

En l’apartat del “Marc normatiu i competencial”, el VI Pla assenyala que la missió de la Unió Europea (UE) és aconseguir la igualtat (article 2 del Tractat de la UE); aquesta es configura com a principi general inspirador i fonamental d’aquest ordenament i dels seus objectius i, alhora, com un concepte determinant que els estats han de respectar i garantir a l’hora d’establir els requisits per a noves incorporacions d’estats i, fins i tot, davant l’eventualitat d’adoptar sancions als estats membres que el desconeguin (article 6 del Tractat de la UE).

El principi d’igualtat entre dones i homes també s’ha incorporat a la Carta Europea de Drets Fonamentals (articles 21-23), que és l’eix de la Carta Social Europea aprovada el 1989 i ha fonamentat un seguit de normatives de dret derivat.

El Pla fa referència a tres etapes de la política de la Comunitat Europea pel que fa a la igualtat entre dones i homes:

- Primera etapa: fins a la dècada dels anys noranta, en què s’aborda la igualtat de tracte en l’àmbit laboral.



- Segona: des de començament dels anys noranta, en què s'avança cap a l'acció positiva dels poders públics a favor de les dones mitjançant l'adopció de mesures estructurals que permeten augmentar la participació de les dones en les diferents activitats socials i la igualtat real entre dones i homes.
- Tercera etapa: actual, està presidida per les polítiques de la transversalització que es van inaugurar amb la Conferència Mundial sobre la Dona celebrada a Pequín el 1995.

El Pla fa menció a la Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes, que té com a objectiu central fer efectiu el principi d'igualtat de tracte i l'eliminació de tota discriminació contra les dones i atorga una importància especial a les polítiques actives i a les accions positives de les administracions públiques i en les relacions entre particulars. A més, és una llei transversal.

A Catalunya, l'equitat de gènere és un valor reconegut en l'ordenament jurídic català. Així, l'Estatut de Catalunya estableix en el títol preliminar que els poders públics catalans han de promoure els valors de la llibertat, la democràcia, la igualtat, el pluralisme, la pau, la justícia, la solidaritat, la cohesió social, l'equitat de gènere i la sostenibilitat. El model de societat que recull l'Estatut es basa en dos grans eixos: garantir els drets de les dones i la igualtat d'oportunitats entre dones i homes, i garantir que la perspectiva de gènere impregni les polítiques dels poders públics catalans. (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2008)

L'Estatut atorga a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de polítiques de gènere.

En l'apartat del "Procés d'elaboració i principis orientadors del Pla", ens assenyala que:

El Pla de polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2008-2011 també és un document tècnic que, mitjançant la seva estructura, organitza les actuacions compromeses per cada departament o unitat del govern en relació als objectius específics i concrets. (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2008)

Document tècnic que marca les actuacions de cada departament en relació amb els objectius a assolir vers les polítiques de dones.

Els principis orientadors del Pla són:

- *La concepció actual de les polítiques de dones*, aplicant la transversalització de la perspectiva de gènere en totes les actuacions governamentals.
- *El principi d'igualtat de tracte i d'oportunitats*, determinat pel marc normatiu.
- *El concepte d'igualtat* reconeix el mateix valor a totes les persones, però alhora té en compte les diferències entre homes i dones.

- *La diversitat de les dones*, avançar amb el respecte a la diversitat.
- *La distribució equitativa de recursos*, el Pla proposa actuacions correctores dels desequilibris entre homes i dones pel que fa a l'accés a oportunitats, serveis, obligacions o prestacions.
- *L'equilibri entre els treballs i l'atenció a la vida quotidiana*, l'organització del temps dedicat al treball productiu i al reproductiu requereix un replantejament global que reorganitzi ell horaris i la coresponsabilitat en la gestió de la vida quotidiana.
- *La participació social de les dones*.
- *L'apoderament de les dones*, incrementant la participació en el procés de presa de decisions en tots els àmbits de la societat.
- *La paritat*, potenciar la participació paritària de dones i homes en els òrgans de consulta i presa de decisions.
- *La formació*, les polítiques de dones, pel caràcter innovador, requereixen una operació integral d'actualització dels coneixements que incorpori la perspectiva de gènere en els currículums, els programes i els plans d'estudi.
- *La coordinació i la cooperació institucional*, com assenyala el Pla, és imprescindible per dur a bon terme els objectius de les polítiques de dones en general i les d'aquest Pla.

El Pla també indica els mecanismes que utilitzarà per aconseguir els objectius:

- L'avaluació de l'impacte de gènere.
- La transversalització de la perspectiva de gènere i de les dones.
- Les mesures d'acció positiva.
- L'ús no sexista ni androcèntric del llenguatge

El Pla té sis eixos o línies estratègiques amb els objectius, actuacions i indicadors, que són els següents:

1. Transversalització de les polítiques de dones a les administracions públiques.
2. Canvis culturals que transformin estructures i models patriarcal.
3. Participació.
4. Reorganització dels treballs i noves polítiques del temps.
5. Qualitat de vida i cohesió social.
6. Intervenció integral contra la violència masclista.

De tots els eixos que recull el Pla, descriurem i analitzarem el primer i el cinquè, perquè són susceptibles d'estudi per la implicació directa en el desenvolupament de la tesi.

*Eix 1:* Transversalització de les polítiques de dones a les administracions públiques.

Assenyalem aquest eix per la importància de la transversalitat en totes les polítiques de dones, incloses les polítiques sanitàries, ja que, com que en la salut intervenen elements bio-psico-socials, la salut de dones i homes té un caràcter transversal.

El Pla assenyala que, segons el grup d'expertes i experts del Consell d'Europa, la transversalitat de gènere és "l'organització (reorganització), la millora, el desenvolupament i l'avaluació dels processos polítics, de manera que una perspectiva d'igualtat entre dones i homes s'incorpori a totes les polítiques, en tots els àmbits i en totes les etapes pels actors normalment involucrats en l'adopció de mesures polítiques". (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2008)

Aquest grup expert, a més de fer explícita una definició que permet aplicar aquest concepte abstracte a l'àmbit de la formulació i el desenvolupament de les polítiques públiques, també especifica cinc elements que acompanyen aquesta estratègia: "l'evolució del concepte d'igualtat entre dones i homes, la incorporació de la perspectiva de gènere en l'agenda política, la participació de les dones en les decisions polítiques, la prioritat de les polítiques de gènere i de les polítiques de dones i, finalment, el canvi de la cultura institucional i organitzativa". (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2008). Actualment, doncs, el repte de les polítiques de dones està situat en el desenvolupament d'aquest enfocament de la transversalitat que proposa incloure la perspectiva de gènere en tots els àmbits de l'actuació política.

Dins d'aquest eix, assenyalem:

*L'objectiu general 1.1.:* "Impulsar i consolidar la transversalització de les polítiques de dones en tots els àmbits de l'Administració de la Generalitat".

Per tal d'aconseguir aquest objectiu, el Pla assenyala que s'ha d'actuar en dues direccions, d'una banda, vers les polítiques encaminades a garantir l'accés de les dones a recursos i oportunitats i, de l'altra, vers la consecució que la perspectiva de gènere i de les dones sigui transversal i es tingui present en el funcionament intern dels departaments i òrgans de govern de la Generalitat.

De l'eix *cinquè*, per ser on s'insereix directament el nostre estudi, dins de les polítiques de dones de la Generalitat de Catalunya relacionades amb la salut, analitzarem els objectius i les mesures que proposa el Pla per assolir l'objectiu general.

#### *Eix 5: “Qualitat de vida i cohesió social”.*

Segons el Pla, “la qualitat de vida és un concepte integrador de les necessitats humanes, de tot allò que permet a les persones realitzar al màxim possible les seves capacitats i potencialitats, no només per viure, sinó per viure amb autonomia i dignitat. Dones i homes necessiten desenvolupar-se socialment i culturalment conforme als contextos i expectatives de cadascuna i de cadascun. La realització d’aquestes “necessitats” implica la seva constitució com un “dret a una bona qualitat de vida”.

Si ens centrem en el tema de la salut, entesa des d’una perspectiva integral, s’arriba a la conclusió que és un dels principals indicadors de la qualitat de vida.

El Pla assenyala que “nombrosos problemes de salut afecten exclusivament les dones o tenen sobre elles una incidència diferent. Hi ha un desequilibri entre les exigències i demandes socials que reben les dones (doble presència) i els recursos de què disposen per cobrir-les (discriminació i precarietat laboral, escassa coresponsabilitat dins la llar, etc.). La divisió social de rols, que col·loca les dones en situació de desavantatge, explicaria el pitjor estat de salut de les dones, caracteritzat per trastorns que no condueixen a la mort, però que les afecten al llarg de tota la vida, mentre que els estils de vida dels homes serien responsables de les malalties que pateixen en estadis avançats de la vida, i que els porten a la mort”.

El Pla continua dient: “Consegüentment, es fa imprescindible la inclusió de la perspectiva de gènere i de les dones en l’àmbit de l’acció social i de la salut, la qual cosa implica tenir en compte les necessitats concretes i diferents de dones i homes en la recerca, la diagnosi, la planificació, la intervenció i l’avaluació de les actuacions públiques, com també capacitar el personal tècnic de les àrees implicades per tal que puguin dur a terme el seu treball a partir d’aquesta perspectiva”.

Dins dels objectius d’aquest eix, transcrivim l’*objectiu general 5.4.*, amb els objectius específics, les actuacions determinades i els indicadors de resultats que marca el Pla, en l’annex 4, per la importància que té en relació amb el nostre estudi.

L’*objectiu general 5.4.* del Pla: “Garantir una assistència sanitària sense biaixos de gènere tenint en compte la diversitat femenina”.

El Pla introdueix aquest objectiu en aquest raonament: “Qüestionar el paradigma androcèntric comporta modificar els imaginaris col·lectius a través de la incorporació de la perspectiva de gènere i de les dones, una transformació que posa en el centre el reconeixement de les diferències i la igualtat d’oportunitats entre dones i homes. Aquesta perspectiva, que reconeix la diferència i la diversitat femenina, és bàsica per poder garantir una assistència sanitària més eficaç mitjançant la recerca biomèdica i l’anàlisi consegüent dels símptomes i dels tractaments mèdics a partir del reconeixement de les diferències biològiques del cos de les dones i els homes i de les

situacions socials que els afecten, amb l'objectiu d'evitar els biaixos de gènere en les polítiques de salut”.

En la introducció de l'eix, ens assenyalava que un dels principals indicadors de la qualitat de vida és la salut. El pitjor estat de salut de les dones es podria explicar per la divisió social dels rols, per la qual cosa es fa imprescindible la inclusió de la perspectiva de gènere en l'àmbit de l'acció social i de la salut. Aquest fet implica tenir en compte les diferències d'homes i dones en les actuacions de les polítiques públiques sanitàries des de la recerca, planificació, fins a la diagnosi, intervenció i avaluació. Per assolir aquest objectiu, el Pla planteja capacitar el personal tècnic de les àrees implicades per tal de dur a terme el seu treball a partir d'aquesta perspectiva.

Per assolir l'*objectiu general 5.4.*: “Garantir una assistència sanitària sense biaixos de gènere tenint en compte la diversitat femenina”, marca una sèrie d'objectius específics, entre els quals assenyalarem els que estan més en relació amb el nostre estudi.

*Objectiu específic 5.4.1.*: “Avançar en el coneixement de la salut de les dones i en l'anàlisi del sistema de salut des de la perspectiva de gènere”.

*Objectiu específic 5.4.2.*: “Sensibilitzar i millorar els coneixements de les professionals i els professionals de l'àmbit sanitari en perspectiva de gènere”.

*Objectiu específic 5.4.3.*: “Incloure la perspectiva de gènere en la prestació i el desplegament dels serveis sanitaris” (aquest objectiu coincideix amb l'objecte del nostre estudi).

Les actuacions que proposa el Pla respecte a aquests objectius els podem resumir amb relació a la recerca, la formació i la implementació d'actuacions.

En relació amb la recerca:

- Elaboració d'estudis i treballs de recerca quant a les desigualtats de gènere en la salut, especificitat de salut de les dones en el món rural i de les dones migrades.
- Promoció de la investigació quant a factors associats a les patologies d'alta prevalença.
- Recerca quant a l'eficàcia i eficiència dels tractaments en funció del sexe.

En relació amb la formació:

- Pla de formació dels professionals en relació amb la perspectiva de gènere en l'atenció, a les diferències de risc de la salut per cadascun dels sexes i en els processos preventius, tractament i recuperació que afecten la salut de les dones migrades.

En relació amb la implementació:

- La inclusió en el Pla de Prevenció de Riscos Laborals mesures relacionades amb la salut de les dones i evitar situacions de discriminació sexual.
- La integració de les diferències de gènere en l'atenció i avaluació dels serveis sanitaris, sistemes d'informació.
- Eliminar les desigualtats en l'accés i tractament de la salut sexual i reproductiva.
- L'aplicació de mecanismes que evitin la discriminació per motius d'orientació sexual.
- Apoderament de les dones en la presa de decisions en relació amb la seva salut.
- La incorporació de la perspectiva de gènere en les estratègies de prevenció de les conductes addictives.
- La incorporació de la perspectiva de gènere a les polítiques de promoció de la salut adreçades a la gent gran.

Aquestes són les actuacions que proposa el Pla per assolir l'*objectiu específic 5.4.3.*: incloure la perspectiva de gènere en la prestació i el desplegament dels serveis sanitaris.

A continuació, descriurem les accions legislatives del Departament de Salut per dur a terme aquesta voluntat política del Govern de la Generalitat de Catalunya d'incloure la perspectiva de gènere en les polítiques del Departament de Salut.

### 3.2 LEGISLACIÓ DEL DEPARTAMENT DE SALUT EN RELACIÓ AMB LES ACCIONS DE GOVERN EN POLÍTIQUES DE DONES DEL DEPARTAMENT DE SALUT

Hem portat un seguiment de les accions del govern en relació amb les polítiques de dones en les quals està implicat el Departament de Salut. Avancem una primera conclusió, a partir de l'anàlisi realitzat de la revisió documental tot i la voluntat política que es plasma en la legislació, no queda contrastada en la realitat i, per tant, deduïm que no existeix la maquinària política que assegurí la seva implementació.

Classificarem la legislació en acord de govern, decret, decret llei, decret legislatiu, llei, ordre, pla d'actuació, programa, protocol i resolució.

Les dades de què disposem són a partir de l'any 2005, la revisió s'ha dut a terme en les dades presentades en la web de l'ICD; començava la revisió el 14-10-2008 i l'última, el 5-7-2011. En la *taula 3*, es mostra la distribució de les mesures legislatives per anys.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Disponible a [http://www14.gencat.cat/icdones\\_accions\\_govern/AppJava/frontoffice.do?reqCode=search](http://www14.gencat.cat/icdones_accions_govern/AppJava/frontoffice.do?reqCode=search))

*Taula 3. Distribució de les mesures legislatives per anys*

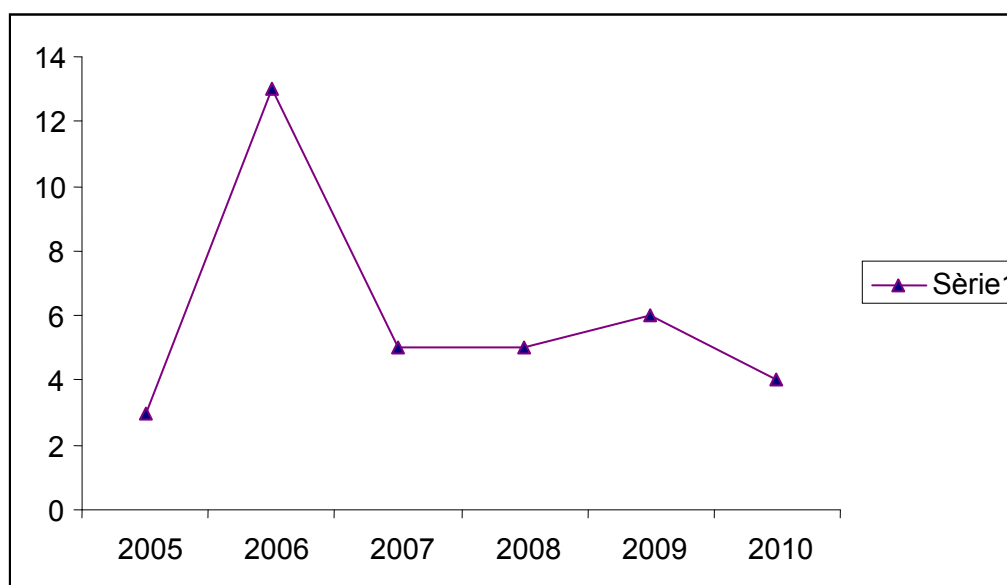
<b>Legislació</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Acord de govern	0	0	2	2	0	0
Decret	2	10	1	0	2	1
Decret llei	0	0	0	0	0	0
Decret legislatiu	0	0	0	0	0	0
Llei	0	0	1	0	2 *	0
Ordre	1	2	0	1	1	3
Pla d'Actuació	0	0	0	0	1	0
Programa	0	0	0	0	0	0
Protocol	0	0	0	0	0	0
Resolució	0	1	1	2	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Font: Elaboració pròpia

\* L'any 2009 es publica la llei de salut pública i assenyalen dues accions de govern.

En la representació gràfica, es mostra el nombre de mesures legislatives del Departament de Salut en relació amb les polítiques de dones i els anys de publicació revisats (*gràfica 1*). Observem que el major nombre en les mesures legislatives es donen l'any 2006, que correspon a l'any que es van publicar els decrets de creació dels plans directors i els seus consells assessors, que formen part de l'objecte del nostre estudi.

*Gràfica 1. Evolució de les mesures legislatives en el temps*



Font: Elaboració pròpia

Hem analitzat els tipus d'accions de govern en polítiques de dones en relació amb la perspectiva de gènere per cada acció legislativa. Els resultats es mostren en la *taula 4*. Del total de les mesures de les accions de govern en relació amb les polítiques de dones reflectides en la legislació, el 50,9% (27) van encaminades a introduir el gènere com a determinant de salut. La recomanació que els òrgans de gestió i govern així com les comissions procurin ser paritaris és una altra de les mesures introduïdes en la legislació en relació amb el Departament de Salut, que representa un 39,6% (21) de totes les mesures proposades.

*Taula 4: Tipus d'accions de govern en polítiques de dones en relació amb la perspectiva de gènere durant el període d'estudi*

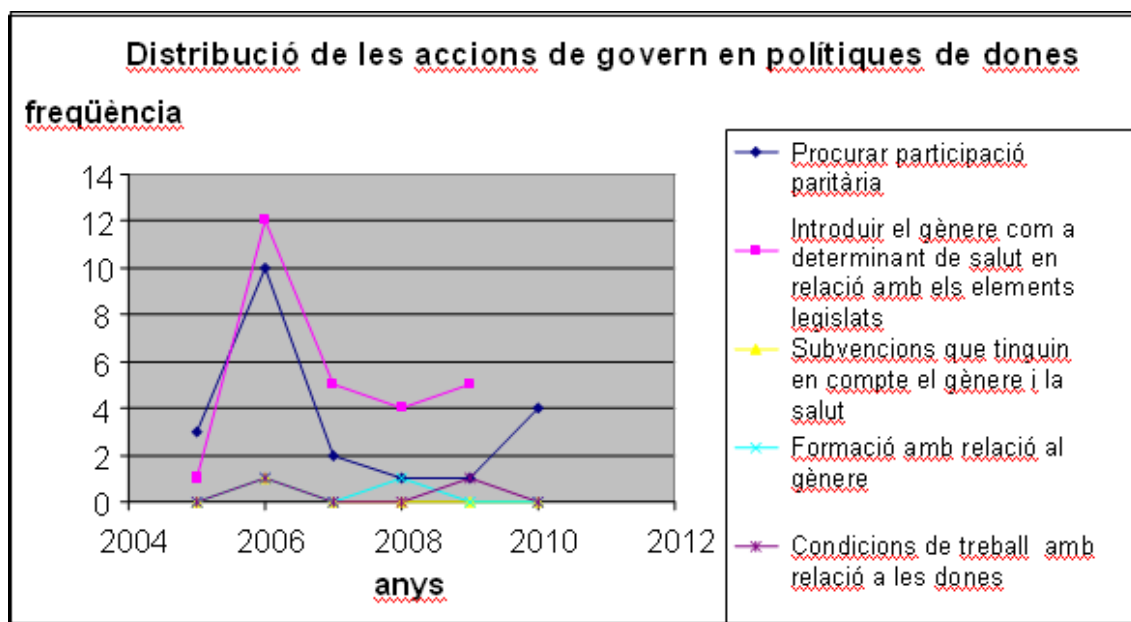
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	<b>Total</b>
Procurar la participació paritària	3	10	2	1	1	4	<b>21</b>
Introduir el gènere com a determinant de salut en relació amb els elements legiscats	1	12	5	4	5		<b>27</b>
Subvencions que tinguin en compte el gènere i la salut		1					<b>1</b>
Formació amb relació al gènere		1		1			<b>2</b>
Condicions de treball amb relació a les dones		1			1		<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>53</b>

Elaboració pròpia



En la *gràfica 2*, observem l'evolució en el temps estudiat dels tipus d'accions de govern.

*Gràfica 2*



Font: Elaboració pròpia

Cal assenyalar que el 47% (25) de les mesures d'accions de govern del Departament de Salut en relació amb la legislació en el període estudiat (2005-2010) es realitzen l'any 2006. En aquest any, es legislen els Decrets de creació dels Plans Directors de Recerca en Ciències de la Salut i el seu Consell Assessor, el de Malalties de l'Aparell Circulatori i el seu Consell Assessor, el d'Immigració i cooperació en l'àmbit de la Salut i el seu Consell Assessor, el d'Oncologia i el seu Consell Assessor, el de Salut Mental i Addiccions i els seu Consell Assessor, i el Sociosanitari i el seu Consell Assessor. En aquests decrets és present la recomanació que la composició del Consell Assessor sigui paritària, art. 7.2.: "En la composició del Consell Assessor es procurarà assolir la presència d'un nombre de dones que representi un mínim del 50% del total de persones membres d'aquest òrgan col·legiat"; i que els plans tinguin en compte la perspectiva de gènere dins de les seves funcions, art. 2.2.: "En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats", objecte del nostre estudi.

Com podem apuntar, a partir de l'anàlisi realitzada, que la voluntat política del Govern de la Generalitat d'introduir la perspectiva de gènere en les seves polítiques, reflectida en el V i VI Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya, s'ha traduït en part en el marc normatiu que regula l'activitat de la Generalitat i el Departament de Salut. A continuació, presentem l'anàlisi dels Plans Directors per

veure si aquest marc normatiu que acabem de descriure queda reflectit en el disseny i publicació dels Plans Directors que formen part dels principals elements de planificació estratègica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.



## **CAPÍTOL 4. DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DELS PLANS DIRECTORS**



Els Plans Directors elaborats pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya formen un esglaó de la maquinària institucional per dur a terme les polítiques de salut. En aquest capítol de la tesi, es fa una descripció dels plans directors i analitzarem si el marc normatiu i el disseny i planificació dels Plans Directors abans esmentats desenvolupen la voluntat política de la integració de la perspectiva de gènere com a fase prèvia a la implementació. S'ha aprofundit en el Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori que contempla, per una part, les malalties cerebrovasculars i, per l'altra, les cardiovasculars. Hem estudiat en detall el Pla de les Malalties Cardiovasculars per ser la primera causa de mortalitat femenina.

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (Llei 15/1990 de 9 de juliol, DOGC núm. 1324, pàg. 5364 de 26-11-1990) defineix el sistema sanitari català i en l'art. 5 ens determina les funcions del Pla de Salut de Catalunya: "Les línies directives i de desplegament de les activitats, els programes i els recursos del Servei Català de la Salut per assolir les seves finalitats constitueixen el Pla de Salut de Catalunya. El Pla de Salut és l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria, en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya" (art.62, ap.1).

El Document Marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es va publicar el 1991 i, des de la publicació del primer Pla de Salut de Catalunya l'any 1993 fins a l'últim consultat, Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010, s'han publicat sis plans.<sup>1</sup>

Els principals elements de planificació estratègica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya són el Pla de Salut, els Plans Directors i el Mapa Sociosanitari i de Salut Pública.

"El Pla de Salut determina les prioritats de salut que s'estructuren com a punt de referència per la visió estratègica del Mapa. Els Plans Directors operativitzen les prioritats del Pla de Salut i el mapa contribueix a definir els serveis més adequats per assolir els objectius del Pla de Salut i dels Plans Directors", com es ressenya en la presentació del Mapa Sanitari (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2009).<sup>2</sup>

El primer Mapa Sanitari de Catalunya es va presentar el 1980 i l'últim publicat es va aprovar per Acord de govern GOV/2008 de 20 de maig. El Departament de Salut va prioritzar sis matèries d'acord amb l'anàlisi de la salut, dels serveis sanitaris i del context socioeconòmic del país, com a Plans Directors per al període 2005-2007, que van ser el de salut mental i addiccions, l'oncologia, les malalties de l'aparell circulatori, el sociosanitari, la immigració i la recerca en ciències de la salut. Aprovats per Decret de 28 de febrer de 2006 (DOGC, núm. 4584, de 2 de març 2006). En aquest Decret

---

<sup>1</sup> Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/index.html> (última revisió 1-3-2011).

<sup>2</sup> Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir488/index.html> (última revisió 1-3-2011).

s'estableix que els Plans seran aprovant pel Govern de la Generalitat, a proposta del conseller o la consellera de Salut. Els Plans Directors es van publicar en l'annex del Acord de govern el 18 de juliol de 2006,(DOGC, núm. 4689, 2.8.2006).<sup>3</sup>

Posteriorment, el Pla de Recerca es va convertir en programa i es van introduir el Pla Director de l'Aparell Respiratori i el de les Malalties Reumàtiques i de l'Aparell Locomotor/ Model d'Atenció al Dolor.<sup>4</sup>

Tal com hem identificat en el procés d'operacionalització del concepte de gènere, els elements o dimensions que haurien de ser presents en el disseny d'una política pública amb perspectiva de gènere són:

D1- Visibilitat: Aquest element de la perspectiva de gènere inclou dos apartats. Revisar si les dades estan disgregades per sexe i si es realitza l'anàlisi de les dades amb perspectiva de gènere de les diferències trobades en la disgregació de les dades. Aquest segon punt de la dimensió és especialment rellevant d'incloure en l'anàlisi, perquè habitualment aquesta dimensió no es contempla.

D2- Participació: En l'article 7 dels respectius DOGC de creació de tots els Plans Directors i del seu Consell Assessor, ens parla de la composició del Consell Assessor i l'article 7.2. ens diu: "En la composició del Consell Assessor es procurarà assolir la presència d'un nombre de dones que representi un mínim del 50% del total de persones membres d'aquest òrgan col·legiat". ". Hem revisat si els nomenaments dels equips plans directors, col·laboradors/es del Departament, consells assessors, Comissió Permanent, grups de treball, òrgans de participació tenen en compte la paritat.

D3- Com a tercera dimensió, analitzarem el llenguatge i les imatges emprades en la redacció dels Plans Directors i els documents utilitzats en la seva difusió. Per donar difusió als Plans Directors, el Departament va elaborar un tríptic de cada Pla, que nosaltres també hem analitzat.

D4.- Enfocament de gènere: En aquesta part de l'anàlisi, estudiarem si el gènere com a determinant de salut és present en la redacció del Pla. En l'article 2.2. dels respectius DOGC de creació de tots els Plans Directors i del seu Consell Assessor, ens assenyalen: "En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant de les seves necessitats".

<sup>3</sup>Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir491/index.html> (última revisió 25-9-2008).

<sup>4</sup>Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2154/index.html> (última revisió 2-3-2011).

D5.- Transversalitat: En aquesta dimensió, s'analitza si el Pla té en compte actuacions transversals en relació amb el gènere.

Per realitzar aquesta anàlisi, hem construït el nostre qüestionari consultant diversos documents, una de les guies que més hem utilitzat, ha estat la *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud de la Consejería de Salud* (AMO ALFONSO, 2008).

#### 4.1 DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DEL PLA DIRECTOR D'IMMIGRACIÓ EN L'ÀMBIT DE LA SALUT (PDI)

El Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut i el seu Consell Assessor es crea pel Decret 40/2006 de 14 de març (DOGC, núm. 4594, de 16 de març de 2006).

El *Pla Director de la Immigració* (PDI) està estructurat en tres eixos:

- Pla d'acollida
- Pla de mediació
- Pla de formació

En la introducció s'exposen les diferents actuacions realitzades des dels anys 90 amb relació al fenomen de la immigració.

La missió del PDI és millorar la salut de la població immigrada mitjançant la definició d'un model d'atenció i organització dels serveis que permeti al sistema de salut català fer front a la nova situació plantejada pel fenomen de la immigració.

El PDI assenyalava que contribuirà als objectius del Pla de Salut de Catalunya 2010, incidint en els següents objectius del Pla de Salut, que, d'una manera explícita, són:

- 1- Salut materno-infantil (mortalitat materna, mortalitat infantil, embarassos en dones menors de 18 anys)
- 2- Infecció VIH/SIDA
- 3- Malalties de transmissió sexual
- 4- Tuberculosi
- 5- Càncer (coll d'úter)

El PDI analitza la situació fent una descripció demogràfica de la immigració a l'Estat espanyol; en relació amb l'objecte de la tesi, destaquem el percentatge de dones segons el país de procedència (el Perú 55%, Colòmbia 56,9%, l'Equador 51,6%, França 51,5%).

A Catalunya, la immigració suposa l'11,4% de la població (1 de gener del 2005, 55% homes, 45% dones); en relació amb els països d'origen, el Marroc (28,9%), Amèrica Llatina (23,07%) i la Xina (4,9%).

La Regió Sanitària que més immigrants té sobre el total de la població és Girona (16,6%), seguida de les Terres de l'Ebre (13,9%).



La distribució és molt desigual en el territori, ja que Barcelona concentra el 65,9% de la població immigrant.

En relació amb l'estat de salut, el PDI referencia l'informe tècnic "Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya", dut a terme per l'*Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerques Mèdiques* (AATRM, 2004), assenyalant les diferències entre la població immigrant i l'autòctona.

El PDI destaca en referència a les dones que la mala salut autopercebuda podria ser més prevalent que en la població autòctona. Referencia les dades d'un estudi realitzat a Barcelona l'any 1997 (d'Andrés i col·l., 2002) en població marginal, que va mostrar que el 48% dels homes immigrants i el 65,7% de les dones immigrants declaraven tenir una percepció de salut dolenta o molt dolenta, xifres molt superiors a les obtingudes en població general en l'enquesta de Salut de Barcelona (el 20% dels homes i el 29% de les dones).

El motiu de consulta i hospitalització més freqüent per a les dones és l'embaràs i el part i, per als homes, patologia digestiva.

L'informe de l'AATRM, al qual fa referència el Pla assenyala: "S'ha pogut observar en les últimes dècades un canvi important en les estratègies de recerca. Mentre que en les primeres fases la recerca se centrava en la malaltia, s'ha reconegut que el problema principal dels immigrants és l'accessibilitat al sistema sanitari. Aquest canvi s'estableix pel reconeixement que els immigrants presenten pitjors indicadors de salut, no pel fet només de pertànyer a una minoria ètnica, sinó també perquè presenten pitjors indicadors socioeconòmics, viuen en pitjors condicions de vida i, per tant, són més vulnerables a certs problemes de salut".

El PDI descriu els principals problemes de salut identificats a partir de les dades existents:

### **Salut sexual i reproductiva**

La salut sexual i reproductiva rep un dels majors impactes del fenomen de la immigració. El Pla fa referència que la dona immigrada presenta major vulnerabilitat pel que fa a la salut sexual i reproductiva. Aquesta vulnerabilitat queda palesa en diferents vessants, un dels més importants és el relacionat amb la violència contra les dones. Les dades de l'any 2005 elaborades per l'Institut de la Mujer, referides a la taxa de dones mortes per milió de dones a causa de violència per la parella o exparella segons origen, són prou expressives: 11,62 dones mortes per milió de dones estrangeres vers 1,85 d'espanyoles. Moltes d'aquestes dones de diferents orígens i que estan atrapades a l'entorn de la violència contra les dones tenen en comú patrons culturals marcadament patriarcals, desconeixement de la llengua local, situació administrativa irregular, aïllament, canvis de rol i, de vegades, estan submergides en el món de la prostitució i del tràfic de persones. Els embarassos no desitjats, els avortaments, les infeccions de transmissió sexual/VIH, els dolors abdominals crònics, l'esterilitat i la incapacitat de negociar l'anticoncepció o l'ús

del preservatiu, entre d'altres, són manifestacions de la seva fragilitat en aquest context de la salut sexual i reproductiva.

En relació amb l'embaràs, el Pla assenyalava que és un episodi que permet veure com el fenomen de la immigració es projecta en l'àmbit de la salut. La tendència a l'augment de la natalitat en les dones nouvingudes de fora d'Espanya és cada cop més important, amb una distribució diversa arreu de Catalunya.

També destaca la major freqüència d'embarassos en adolescents entre les dones immigrades.

La baixa cobertura vacunal enfront de la rubèola en dones immigrades en edat fèrtil pot crear grups de població susceptible que facilitin la circulació del virus.

Algunes patologies mèdiques subjacents segons el país d'origen poden ser freqüents; el Pla destaca l'anèmia, la tuberculosi, la desnutrició, les hemoglobinopaties, talassèmies, consanguinitat, hipocalcèmia, hepatitis B i C, infeccions de transmissió sexual (VIH, sífilis, VPH), infeccions transmeses per artròpodes, aliments i aigua, que poden estar relacionades amb el temps d'arribada i amb els viatges recents.

El Pla fa referència al fet que l'embaràs no desitjat i, en conseqüència, la demanda d'*Interrupció Voluntària de l'Embaràs* (IVE) tenen una alta incidència en la població immigrada, i sovint és aquest el motiu que genera el primer contacte de la dona amb el sistema sanitari. Això posa de manifest la dificultat per accedir a una contracepció adequada.

L'any 2005 el 34,5% de les dones que van realitzar una IVE a Catalunya eren d'origen estranger.

### **Salut infantil**

El Pla assenyalava que entre el 70 i el 80% dels nens immigrants a Catalunya segueixen el Programa del Nen Sa respecte al 88% que ho fa la població autòctona. El Pla destaca algunes pràctiques tradicionals que poden afectar la salut de les nenes i nens, com el matrimoni precoç i forçat i la mutilació genital femenina.

### **Malalties infeccioses**

En relació amb la tuberculosi (TBC), assenyalava que la taxa és gairebé quatre vegades superior en les persones nascudes fora de l'Estat espanyol (66,1 per 100.000 h.) que en les persones autòctones (17 per 100.000 h.) (any 2004).

La immigració creixent té un impacte en l'epidemiologia de les malalties com la VIH/SIDA i la tuberculosi, clarament vinculades amb situacions de desigualtat i marginació socioeconòmica.

### **Salut mental**

El Pla fa referència a les dades del *Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats* (SAPPIR), el 28% dels immigrants denoten pitjor salut mental que la població autòctona. La prevalença de trastorns adaptatius oscil·la al voltant del 58% de les consultes per trastorns crònics a l'atenció primària.

El diagnòstic de depressió oscil·la entre el 10,2% i el 14%. Segons un estudi a l'atenció primària de Barcelona, no hi ha diferències en el percentatge de trastorns mentals en immigrants, però sí que hi ha tendència a la depressió i als trastorns per somatització.

### **Salut laboral**

El Pla fa referència al fet que la situació de precarietat laboral fa que augmentin els riscos i la sinistralitat. Assenyala un estudi de la Unitat d'Investigació de Salut Laboral de la Universitat Pompeu Fabra, que analitza dades del 2003 a l'Estat espanyol, que els treballadors estrangers que van morir en accident laboral van ser el 58,6 per 100.000, mentre que la taxa dels espanyols va ser d'un 13,2 per 100.000.

En les dones, aquesta diferència encara és més gran: 9,7 víctimes per 100.000 en les immigrades i 1,6 per 100.000 en les autòctones. L'estudi només es refereix a treballadors/es regularitzats/des.

En relació amb l'estat de salut, el Pla conclou que cal destacar la influència de les desigualtats socials en les desigualtats en salut com un dels problemes principals, les dificultats per accedir als serveis de salut.

El PDI proposa evitar les restriccions i millorar l'accessibilitat de la població immigrada a la salut i als serveis sanitaris mitjançant:

- El Pla d'Acollida
- El Pla de Mediació
- El Pla de Formació.

El PDI finalitza l'anàlisi de la situació amb una estimació de la despesa sanitària en relació amb la utilització per part de les persones immigrades dels serveis finançats pel Catsalut.

En l'apartat de "Propostes", el PDI defineix quatre línies de treball i projectes.

En la Línia 1, es proposa conèixer la situació de salut i la utilització de serveis de la població immigrada a Catalunya mitjançant la recerca, i la millora dels sistemes d'informació inclou diferents projectes.

En la Línia 2, es proposa millorar l'accessibilitat de la població immigrada a la salut i als serveis sanitaris mitjançant els plans d'acollida, mediació i formació dels professionals.

La Línia 3 proposa millorar l'atenció sanitària de la població immigrada a Catalunya, en especial, en aquelles àrees d'atenció de major impacte (salut sexual i reproductiva,

salut infantil, salut mental, malalties parasitàries i infeccioses) per tendir a equiparar-la a la població autòctona.

La Línia 4 proposa reordenar i coordinar la xarxa d'unitats de salut internacional.

En el capítol del Mapa Sanitari, es presenten els criteris de planificació de serveis en relació amb les necessitats d'atenció de la població, tenint en compte que els principis que orienten les polítiques de salut són l'equitat, eficiència, sostenibilitat i satisfacció dels ciutadans.

Els principals reptes que es planteja el PDI en aquest apartat són:

1. Elaborar un model per tot el territori que ajudi a corregir les desigualtats d'accés als serveis de la salut i millorar la salut de la població immigrant.
2. Donar resposta als problemes de salut específics de la població immigrant: adaptació intercultural dels programes existents i creació de programes i serveis específics en funció de les necessitats detectades.

El Pla proposa per tal d'assolir aquests reptes:

- Millorar la formació específica dels professionals de la salut en el camp de l'atenció al col·lectiu immigrant (interculturalitat, drets humans, **perspectiva de gènere**; pel que fa a la nostra tesi, remarcuem que aquesta proposició del PDI en relació amb la formació inclou la perspectiva de gènere, malalties importades, etc.).
- Promoure l'autopromoció de la salut de base comunitària amb mediadors/agents comunitaris de salut (a través del model que defineixi l'Agència de Salut Pública).
- L'adaptació intercultural dels programes existents en atenció primària, PAPPS, PASSIR, Programa del Nen Sa i la creació de programes específics en funció de les necessitats detectades (salut comunitària, salut mental transcultural i Programa d'Atenció Sociosanitària per a les treballadores sexuals).

El Pla Director proposa considerar algunes variables amb relació a la població estrangera per determinar els criteris de necessitats de mediació; de totes les que proposa, tan sols dos indicadors fan referència explícitament a les dones i estan en relació amb la salut sexual i reproductiva i són:

- Indicadors d'embaràs en l'adolescència de població estrangera.

- Indicadors del nombre de parts de dones estrangeres en centres hospitalaris públics.

En l'apartat de "Seguiment i avaluació del PDI", assenyala que, per tal d'avançar en la utilització i anàlisi de la informació disponible i amb l'objectiu de millorar l'atenció sanitària a la població immigrada, és necessari un recull d'indicadors per poder-los avaluar. Utilitza com a indicadors bàsics els següents:

- Millorar l'accés de la població immigrada als serveis sanitaris.
- Millorar l'accés de la població immigrada als serveis hospitalaris.
- Millorar l'accés de la població immigrada als serveis d'atenció primària.
- Dotar de mediadors els serveis de salut que ho requereixin.
- Millorar l'atenció sanitària de la població immigrada en l'àrea de salut infantil.
- Assolir que el control i seguiment de l'embaràs de les dones immigrants es faci des del *Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva* (PASSIR), segons protocol establert.
- Conèixer els embarassos d'adolescents immigrants ateses al PASSIR.
- Conèixer el número d'*interrupcions voluntàries d'embaràs* (IVES) en adolescents immigrants.
- Millorar l'atenció sanitària de la població immigrada en *tuberculosi* (TBC).
- Millorar l'atenció sanitària de la població immigrada en l'àrea de HIV/SIDA.
- Millorar l'atenció sanitària de la població immigrada amb relació a les *malalties de transmissió sexual* (MTS).

Cal assenyalar que, en la construcció d'aquests indicadors, tan sols fa referència al sexe de les persones, en els relacionats amb la salut sexual i reproductiva (seguiment dels embarassos, embarassos en adolescents i IVE ).

En els annexos del Pla ens presenta:

- El Pla Integral d'Acollida
- El Pla de Mediació
- El Pla de Formació.

El Pla Integral d'Acollida ens assenyala que, malgrat els esforços en l'àmbit municipal i associatiu pel que fa a les persones nouvingudes, ha mancat un model d'actuació coordinat. El Pla es proposa fer un pla integral d'acollida en salut i preveu unes fases de desenvolupament.

En el Pla de Mediació, ens parla de la mediació intercultural per donar resposta a les noves realitats. Es valora molt el recurs de “Sanitat respon”, i descriu els perfils del traductor, mediador, professional d’origen estranger i l’agent de salut comunitari.

En el Pla de Formació per a l’Atenció de la Població Immigrada dins de l’àmbit de la salut, ens assenyalava que la competència cultural és un estàndard de qualitat. A continuació, ens parla de la formació específica per a col·lectius professionals i els seus continguts.

Pel que fa als continguts, cal assenyalar que l’única referència que fa a la salut en la dona immigrant és en relació amb la salut sexual i reproductiva i la mutilació genital femenina:

1.6. Salut sexual i reproductiva: Particularitats de la dona immigrada quant a la seva salut sexual i reproductiva. Planificació familiar. Entrevista. Atenció durant l’embaràs, part i puerperi. Comportaments de risc envers la salut sexual.

1.9. *Mutilació Genital Femenina* (MGF): Marc general sobre les mutilacions genitals femenines. Experiències i intercanvis des de diversos àmbits implicats.

(GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006)

#### 4.1.1. INDICADORS DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DEL PLA DIRECTOR D’IMMIGRACIÓ EN L’ÀMBIT DE LA SALUT

Tal com hem explicat en la metodologia, aquestes taules responen a l’operacionalització del concepte perspectiva de gènere per poder realitzar l’anàlisi. La informació està extreta de cada Pla Director. Les taules són comunes a tots els plans, menys en l’apartat de “Participació”, ja que els grups de treball depenen de les característiques de cada Pla Director.

**D1- VISIBILITAT.** Aquesta taula recull les dades que figuren en el PDI en l’apartat de l’“Anàlisi de la situació”.

<b>DISGREGACIÓ DE DADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NC</b>
Morbiditat	X		
Mortalitat			X
Grups d’edat			X
Factors de risc		X	
Classe social			X
Àrees Geogràfiques	X demogràfiques		

Ingressos hospitalaris		X	
Totes les dades estadístiques		X	

Font: elaboració pròpia

El PDI desagrega dades per sexe, però constatem que no hi ha una explicació en les diferències trobades ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

**D2- PARTICIPACIÓ.** Aquesta taula recull les dades de l'apartat "Actors del Pla". Aquest apartat és comú a tots els plans directors, els grups de treballs varien depenent de les característiques de cada Pla.

<i><b>Participants del Pla</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
Equip Pla Director	71,4% (5)	28,5 % (2)
Col·laboradors/es Departament	38,1% (21)	61,8% (34)
Consell Assessor	50% (28)	50% (28)
<i>Comissió Permanent</i>	68% (17)	32% (8)

Font: elaboració pròpia

#### COMPOSICIÓ GRUPS DE TREBALL

<i><b>Grups de treball</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
Salut internacional		100% (6)
Sistemes d'informació	20% (1)	80% (4)
Formació	53% (8)	46,6% (7)
Mediació	68,4% (13)	31,5% (6)
<i>Acollida</i>	70,3% (19)	29,6% (8)

Font: elaboració pròpia

En alguns grups, s'han incorporat representants de la societat civil, però no consta el sexe de les persones participants.

### D3- LLENGUATGE

En relació amb el llenguatge, el Pla està redactat amb un llenguatge integrador, que visibilitza per igual homes i dones, encara que hi ha vegades que utilitza el masculí per referir-se als dos gèneres (nens, fills, mediador, traductor).

### D4.- PERSPECTIVA DE GÈNERE

No cita bibliogràficament cap document en relació amb el gènere i la temàtica d'aquest Pla Director. Però fa referència a material de suport editat per l'*Institut Català de les Dones* (ICD).

### D5- TRANSVERSALITAT

No es contempla la integració de la perspectiva de gènere, de forma explícita com un dels eixos, en tots els apartats, del Pla Director. Però s'ha treballat conjuntament amb altres departaments (Comissió Interdepartamental, Universitat, Educació, ICD...).

**OBJECTIUS.** Tal com s'ha explicat en la metodologia, analitzem si tenen en compte els resultats de l'anàlisi de la situació, els determinants de salut en relació amb el gènere i si impulsen la recerca d'indicadors en relació amb el gènere.

<b>Objectius</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Observacions</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi de la situació	X		<i>En la salut materno-infantil, MTS, càncer de coll d'úter</i>
Tenen en compte que els determinants de salut d'homes i dones són diferents	X		<i>Tan sols en la salut sexual i reproductiva</i>
<i>Impulsen la recerca d'indicadors</i>	X		<i>IVE, embarassos adolescents, mutilació genital femenina, salut sexual i reproductiva</i>

Font: elaboració pròpia



**PROPOSTES.** Tal com hem explicat en la metodologia, analitzem si en les propostes del Pla es tenen en compte els resultats de la desagregació de dades de l'anàlisi de la situació, la perspectiva de gènere en els determinants de salut propis de cada Pla, disminuir els biaixos gènere en el coneixement existent amb relació al contingut de cada Pla, propostes de recerca en relació amb el Pla i el gènere i la formació dels professionals que implementen el Pla.

<b>Propostes</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Observacions</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades per sexe	X		Tan sols en embarassos, mutilació genital femenina, salut sexual i reproductiva
Tenen en compte la perspectiva de gènere		X	
Tenen en compte disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent		X	
Propostes de recerca en relació amb el gènere i el Pla Director		X	
Es promouen accions per assolir la formació		X	

Font: elaboració pròpia

#### 4.1.2. ANÀLISI DE LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL PLA DIRECTOR D'IMMIGRACIÓ EN L'ÀMBIT DE LA SALUT

En relació amb la **visibilitat** de les dones dins del Pla, en la descripció de la situació apareixen algunes dades desagregades per sexe, els objectius són genèrics i les dones tan sols queden reflectides en els que fan referència a la salut sexual i reproductiva.

Quant a la **participació** en l'equip del Pla Director, hi ha una majoria de dones, el 71,4% respecte del 28,5% d'homes; la relació s'inverteix en els col·laboradors del Departament de Salut. En relació amb la composició dels grups de treball pel que fa al sexe dels participants, cal assenyalar que, en els de Salut Internacional i Sistemes d'Informació, la majoria són homes i, en les de Mediació i Acollida, la majoria són dones.

En relació amb el **llenguatge**, en general, sí que es té en compte el fet de no invisibilitzar les dones, encara que hi ha vegades que s'utilitza el masculí per referir-se als dos gèneres (nens, fills, mediadors...).

La imatge que s'utilitza en el fullet és la d'una metgessa auscultant una nena.

En relació amb la **perspectiva de gènere**, el PDI no referencia bibliografia relacionada amb el gènere, però sí, material editat per l'ICD.

A partir de la revisió efectuada, podem dir que no es té en compte que els determinants de salut dels homes i les dones són diferents i, per tant, també les necessitats de salut. La informació contemplada en el Pla es limita a la salut sexual i reproductiva en relació amb les dones, formulant tan sols objectius pel que fa a la salut materno-infantil, *malalties de transmissió sexual* (MTS) i càncer de coll d'úter.

Es formulen objectius específics que impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere en les *interrupcions voluntàries de l'embaràs* (IVE), embarassos en adolescents, mutilació genital femenina, salut sexual i reproductiva.

Les propostes d'actuacions per assolir els objectius explícitament no tenen en compte la perspectiva de gènere ni el fet de disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent.

Pel contrari, cal destacar que, en els reptes que planteja dins de l'apartat del "Mapa sanitari", està el de "donar resposta als problemes de salut específics de la població immigrant" i, entre les propostes que formula, destaquem la de "millorar la formació específica dels professionals de la salut en el camp de l'atenció del col·lectiu immigrant (interculturalitat, drets humans, perspectiva de gènere, malalties importades, etc.)". Però després no es formula cap proposta ni objectiu vers aquest repte.

En els continguts de la formació dirigida als professionals, l'única referència que fa a la dona immigrant és en relació amb la Salut reproductiva.

Cal remarcar que, en el referent a les dones, el Pla es limita a la salut sexual i reproductiva i les mutilacions genitals femenines.

Hem revisat altres materials (ICD, 2007, "De la invisibilitat a la presència", Asociación Melen Etxea, no publicat) amb relació a les dones migrades, ja que és el sector de la població, on la invisibilitat per raó de gènere és més evident.

Quant a la **transversalitat**, no contempla la integració de la perspectiva de gènere, de forma explícita com un dels eixos, en tots els apartats, del Pla Director. Tanmateix un cop analitzat tots els plans, cal destacar que aquest Pla és el que més treballa d'una manera transversal amb altres departaments de la Generalitat i, sobretot, amb l'ICD. En relació amb el *Pla Integral d'Acollida* (PIA), podem dir que no fa referència al gènere en cap objectiu del Pla.

El PIA parla d'elaboració de material de suport i informació d'acollida. Hem buscat aquesta informació via web de l'ICD i hem trobat una sèrie de publicacions i documents; a continuació, en presentem una selecció:

- *Les dones migrades*, núm. 5, de la col·lecció “Quaderns de l'Institut” de l'ICD, (Remei Sipi i Mariel Araya, reimpressió 2007). Aquest quadern ens assenyala la situació de les dones migrades, que són dones pobres, d'un altre país, una altra ètnia i treballadores. Tots aquests elements influeixen en la feminització de la pobresa i assenyala que hi ha un sostre de vidre per a aquestes dones. També es refereix que, quan es parla d'immigració, s'oblida el percentatge de dones migrades, de la feminització de la immigració (amb relació a la procedència d'alguns països) i que una vegada més estem en la invisibilització de les dones. L'autora assenyala que moltes vegades es va a la victimització i a la protecció d'aquestes dones. També remarca la necessitat de la realització d'estudis en relació amb la situació del mercat laboral i de la convivència. Dins de la salut, ens assenyala la incorporació del procés migratori relacionat amb malalties específiques com les depressions i la importància de tractar el tema des d'una perspectiva de gènere.

Una mostra més del treball transversal impulsat entre el Departament i l'ICD és la incorporació en el catàleg de les actuacions formatives de l'ICD d'un taller que fa referència a les “Dones i salut: espais de participació”.

Un altre exemple de treball transversal és l'edició per part de l'ICD d'un “Tríptic de benvinguda a Catalunya”, on explica els drets de les dones pel que fa a la salut. “Dret a la salut i a decidir sobre el propi cos” ens parla del dret a la salut, de la planificació, dels embarassos i del part.

Quant a salut i immigració, el Departament de Salut disposa d'un llistat de protocol i guies, elaborat específicament per a les persones migrades. En relació amb aquest, requereix menció especial tot el tema de la mutilació genital femenina, hi ha una publicació del Departament de Salut per tractar-ne la prevenció i l'atenció.

Un altre exemple d'actuació transversal, destaquem el *Pacte Nacional per la Immigració (PNI)*. Un pacte per viure junts i juntes. Signat pels sindicats representants de la Taula de Ciutadania i Immigració i per tots els grups parlamentaris a excepció del Partit Popular a Barcelona al desembre del 2008.

Entre els principis del PNI figura:

- Incorporar la perspectiva de gènere durant tot el procés i com a eina d'anàlisi i de planificació.

El PNI consta de tres eixos:

- Eix 1.- Gestió de fluxos migratoris i accés al mercat de treball.
- Eix 2.- Adaptació dels serveis públics a una societat diversa.
- Eix 3.- Integració en una cultura pública comuna.

En l'eix 2, defineix com a serveis públics bàsics aquells que són d'accés universal i sense restriccions per a qualsevol persona que resideix a Catalunya, amb l'únic requisit de l'empadronament. El servei educatiu, el de la salut i els serveis socials són els serveis públics considerats bàsics.

L'empadronament dóna dret a la targeta sanitària, garantint d'aquesta manera l'atenció sanitària a tota la població.

La universalització dels serveis sanitaris, junt amb un enfocament de normalització de l'atenció que fuig d'estructures paral·leles, és un aspecte clau de l'adaptació dels serveis de salut a la nova situació.

El PNI aposta per mantenir la coordinació entre els ens locals i els serveis de salut i la voluntat comunitària i participativa de treball en el territori per dur a terme els projectes elaborats des del **Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut**, que permeti continuar analitzant la realitat i millorar el diagnòstic de necessitats constantment, mitjançant:

1. Les taules d'immigració i salut en l'àmbit local.
2. Els governs territorials de salut.

#### 4.2. DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DEL PLA DIRECTOR SOCIOSANITARI (PDSS)

El *Pla Director Sociosanitari* (PDSS) i el seu Consell Assessor es crea pel Decret 39/2006 de 14 de març, *Diari Oficial de la Generalitat*, núm. 4594.

El PDSS es presenta com un instrument de planificació i coordinació d'actuacions a desenvolupar, adequant els dispositius assistencials a les necessitat de salut.

El Pla Director considera l'atenció sociosanitària com aquella que s'adreça als col·lectius referits en el PDSS: persones grans, persones amb malaltia d'Alzheimer o altres demències, pacients amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb

discapacitat i persones en situació de final de la vida, fent especial esment a l'atenció prestada a les persones en situació de major risc i/o vulnerabilitat en processos, crònics o aguts, amb diferents graus de discapacitat i a qualsevol etapa del cicle vital.

La missió del PDSS és millorar la salut de les persones, mitjançant la redefinició d'un model d'atenció i organització dels serveis que, partint de la realitat actual, permeti continuar avançant en la mateixa direcció, incloses en aquestes línies:

- Atenció geriàtrica.
- Atenció a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències.
- Atenció a les persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat.
- Atenció i projectes d'atenció a les persones al final de la vida.

En l'anàlisi de la situació, el Pla ressenya la distribució per sexes de la població de Catalunya de 65 i més anys l'any 2006 (*taula 5*):

*Taula 5: Població de Catalunya de 65 i més anys*

<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
711.245 (58,35%)	507.609 (41,65%)

El Pla assenyala que, entre la gent gran i en relació amb els altres grups d'edat, els comportaments saludables i les pràctiques preventives són més freqüents, si bé l'autovaloració de l'estat de salut i la qualitat de vida són pitjors.

Segons l'enquesta (ESCA 2002), s'observa que la utilització dels serveis sanitaris pel grup de gent més gran de 65 anys és més elevada i manifesten estar-ne satisfets en major proporció respecte als altres grups d'edat respecte de l'atenció que reben. En relació amb aquest punt, no es desglossen les dades per sexe.

En relació amb els hàbits i estils de vida entre la població de més de 64 anys, l'ESCA 2002 mostra que pel que fa al consum de tabac, el 16,8% dels homes i el 3,1% de les dones són fumadors/es.

Quant al consum d'alcohol, es declaren abstemis el 40,8% dels homes i el 75,4% de les dones, bevedors/es moderats el 55,5% dels homes i el 23,2% de les dones, i bevedors/es de risc el 3,6% dels homes i l'1,3% de les dones.

En relació amb l'activitat física, el 41,9% dels homes i el 50,3% de les dones declaren realitzar una activitat física mínima o nul·la, i el 52,1% dels homes i el 44,7% de les dones són lleugerament actius. Només el 3,0% dels homes i l'1,8% de les dones manifesten ser moderadament actius o molt actius.

El Pla ens assenyala que el nombre de persones grans que viuen soles, segons l'ESCA 2002, augmenta amb l'edat i sempre és superior en les dones respecte als homes. Viuen sols el 14,2% dels homes (19.409) i el 19,7% de les dones (63.776) de 65 a 74 anys i aquesta proporció arriba al 25,9% dels homes i el 34,1% de les dones majors de 74 anys (17.268 i 87.531, respectivament).

Les dones també gaudeixen de més longevitat, però estan més exposades a experiències negatives, tenen un major nombre de malalties cròniques (el 91,7% d'homes i el 96,2% de dones), el problema més freqüent és el mal d'esquena crònic cervical i lumbar; de tots els problemes crònics, tan sols la bronquitis crònica és més elevada en els homes.

El 33,2% d'homes i el 43,6% de dones tenen alguna discapacitat. En tots els grups d'edat, la discapacitat és més elevada en les dones.

Les dones tenen pitjor percepció de la seva salut.

El Pla també assenyala que les dones grans contribueixen de forma important en el benestar de la família, sovint en detriment propi.

En relació amb la mortalitat, el Pla assenyala que és més elevada en els homes en tots els grups d'edat. Les causes de mort per a les persones de 65 i més anys varien segon el grup d'edat i sexe. En el grup de 65-74 anys, la primera causa de mort són els tumors en els dos sexes; en el grup de 75-84 anys, les malalties del sistema circulatori són la primera causa de mort en les dones i els tumors en els homes; i, en el grup de més de 84 anys, les malalties del sistema circulatori són la primera causa de mort en els dos sexes.

Quant a la morbiditat, les causes més freqüents d'hospitalització de malalts aguts l'any 2004 per grups d'edat i sexe van ser en els homes majors de 65 anys les malalties de l'aparell circulatori, amb predomini de les malalties respiratòries a partir dels 85 anys.

En les dones majors de 65 anys, destaquen les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, amb predomini de les malalties de l'aparell circulatori en majors de 85 anys.

El Pla descriu les principals causes d'hospitalització per grups d'edat i sexe. Les estades hospitalàries degudes a l'esclerosi múltiple, miastènies i dany cerebral són més elevades en les dones.

L'estada més freqüent tant per a homes com per a dones és l'operació de cataractes.

Les estades a centres sociosanitaris són desglossades en el Pla per tipus de recursos, per causes i per sexe.

El Pla esmenta que, per a les dones, la fractura de maluc en majors de 75 anys i més representa el 5,2% del total de diagnòstics en aquest grup d'edat i sexe, mentre que per als homes representa el 3,6%.

Els diagnòstics més freqüents en centres sociosanitaris de convallescència i mitja estada polivalent en homes a partir de 64 anys és el de la malaltia cerebrovascular aguda i, en les dones entre 65 i 74 anys, destaquen la fractura de maluc i l'osteoartritis, si bé la malaltia vascular aguda és la segona causa en dones majors de 64 anys.

L'estada més freqüent en el servei de cures pal·liatives és la neoplàsia de pulmó en homes i neoplàsia de mama i còlon en dones.

Amb relació als Serveis Sociosanitaris, el PDSS fa una descripció dels serveis sociosanitaris de Catalunya fent una anàlisi de la qualitat dels serveis sociosanitaris, descrivint els indicadors emprats.

Realitza una anàlisi qualitativa exposant un resum que han realitzat els diferents grups de treball de cadascuna de les línies d'atenció del Pla, mitjançant la metodologia DAFO (*debilitats, amenaces, fortaleces i oportunitats*).

### **Propostes del Pla**

Ens proposa diferents projectes dins de les quatre línies d'actuació del PDSS; el gènere tan sols apareix en la línia d'actuació transversal C.3.: "Implementar models específics de suport als cuidadors informals". En la justificació, ens parla que, en l'actualitat, l'atenció a una persona gran amb problemes de demències o en situació terminal recau en la família i que aquesta és prestada generalment per una dona entre 45 i 60 anys, que majoritàriament té lligams de parentesc amb la persona cuidada i que, a conseqüència de les cures, es presenten en gran freqüència canvis de rol familiar, interferències en les seves ocupacions habituals, reducció

d'activitats socials, sentiment d'esgotament o sobrecàrrega... la qual cosa habitualment porta a descuidar la pròpia salut.

Acaba dient: "Tots aquests aspectes posen de manifest la necessitat de realitzar de forma sistemàtica tasques de reforçament i suport per a les persones cuidadores".

### **Seguiment i avaluació**

El Pla es marca una sèrie d'objectius per tal de millorar la qualitat d'atenció a les persones grans, a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències, a les persones amb altres malalties neurològiques que poden cursar amb discapacitat i a les persones al final de la vida.

### **Els objectius que es marca el Pla són:**

- Millorar l'atenció a les persones grans, especialment, aquelles amb més necessitats sociosanitàries des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament, d'aplicació des de totes les línies de serveis del Pla Director Sociosanitari: identificar la població de més de 75 anys, amb criteris de fragilitat.
- Millorar l'atenció a les persones grans, especialment aquelles amb més necessitats sociosanitàries des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir dignament, d'aplicació des de totes les línies de serveis del Pla Director Sociosanitari: Conèixer l'aplicació del protocol PREALT en els pacients que ho requereixen.
- Millorar l'atenció als malalts terminals, oncològics i no oncològics, introduint aspectes d'equitat, cobertura precoç, atenció continuada i accessibilitat a l'atenció a les persones al final de la vida.
- Millorar l'atenció a les persones, especialment aquelles amb més necessitats sociosanitàries, des d'una perspectiva integral, definint intervencions preventives, curatives, rehabilitadores i d'ajuda a morir



dignament, d'aplicació des de totes les línies de servei del Pla Director Sociosanitari.

- Millorar la qualitat de l'atenció a les persones de més de 65 anys amb malaltia crònica, especialment cardíaca i respiratòria, amb una alta freqüentació als serveis d'urgències i ingressos recurrents, organitzant una xarxa de qualitat que inclogui serveis d'internament i ambulatoris de suport a l'AP i a les urgències hospitalàries.
- Millorar l'accés al tractament de fàrmacs opioides per part del PADES.
- Revisar la polimedicació de les persones de més de 65 anys.
- Assolir que els pacients amb demència tipus Alzheimer rebin el tractament adequat a les primeres fases de la malaltia.
- Conèixer les persones de més 70 anys amb demència d'Alzheimer i altres demències conegudes pel seu EAP.
- Instaurar els programes de valoració de riscos en totes les unitats d'internament sociosanitari.
- Potenciar el *Programa d'Atenció Domiciliària* ( ATDOM).
- Reduir l'estada mitjana dels pacients ingressats per fractura de fèmur.
- Reduir les infeccions nosocomials en els centres sociosanitaris de llarga estada.

(GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006)

#### 4.2.1. INDICADORS DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DEL PLA DIRECTOR SOCIO SANITARI

**D1- VISIBILITAT.** Aquesta taula recull les dades del PDSS extretes de l'apartat de l'"Anàlisi de la situació".

<b>DISGREGACIÓ DE DADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NC</b>
Morbiditat	X		
Mortalitat	X		
Grups d'edat			
Factors de risc	X		
Classe social			X
Àrees geogràfiques		X	
Ingressos hospitalaris	X		
<i>Totes les dades estadístiques</i>		X	

El PDSS desagrega dades per sexe, però constatem que no hi ha una explicació en les diferències trobades ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

#### D2- PARTICIPACIÓ

<b>Participants del Pla</b>	<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
Equip Pla Director	71,4% (5)	28,5 % (2)
Col·laboradors/es Departament	44% (22)	56% (28)
Consell Assessor	51,4% (35)	48,5% (33)
<i>Comissió Permanent</i>	42,8% (6)	57,1% (8)

#### COMPOSICIÓ GRUPS DE TREBALL

<b>Grups de treball</b>	<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
Demència i geriatría	53,8% (21)	46,1% (18)
<i>Cures pal·liatives</i>	56,2% (9)	43,7% (7)

Cal assenyalar que s'hi han incorporat membres de Societats Professionals (Societat Espanyola d'Infermeria Geriàtrica, Societat Catalanoblear de Neurologia...).

### D3- LLENGUATGE

El llenguatge emprat en la redacció del Pla no visibilitza per igual homes i dones (cuidadors...), però no transmet imatges estereotipades en funció del sexe.

### D4- PERSPECTIVA DE GÈNERE

No cita bibliografia amb relació al gènere i els temes tractats en el Pla.

### D5- TRANSVERSALITAT

No contempla la integració de la perspectiva de gènere, de forma explícita com un dels eixos, en tots els apartats, del Pla Director.

S'ha treballat conjuntament amb altres departaments en el Consell Assessor (universitat, Departament de Benestar Social, col·legis professionals...).

### OBJECTIUS

<b>Objectius</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi		X
Tenen en compte que els determinants de salut d'homes i dones són diferents		X
<i>Impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere</i>		X

### PROPOSTES

<b>Propostes</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Observacions</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades per sexe	X		<i>En la línia d'actuació C.3: "Implementar models específics de suport als cuidadors informals"</i>
Tenen en compte la perspectiva de gènere		X	
Tenen en compte disminuir el biaixos de gènere en el coneixement existent		X	

Propostes de recerca amb relació al gènere i el Pla Director		X	
<i>Es promouen accions per assolir la formació</i>		X	

#### 4.2.2. ANÀLISI DE LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL PLA DIRECTOR SOCIOSANITARI

En relació amb la **Visibilitat** de les dones dins del Pla, en la descripció de la situació hi ha bastants dades desglossades per sexe que ens mostren les diferències que hi ha respecte a la morbiditat, estils de vida, dependències en relació amb el sexe, tanmateix no hi ha una anàlisi posterior de les diferències d'aquestes dades; el PDSS tan sols es limita a descriure-les.

Quant a la **Participació** en l'equip del Pla Director hi ha una majoria de dones, el 71,4% enfront del 28,5% d'homes, la directora del PDSS és una dona. La proporció dels col·laboradors del Departament de Salut és paritària. La composició dels grups de treball en relació amb el sexe dels participants es pot considerar paritària.

En relació amb el **Llenguatge**, en general, s'utilitza el masculí per referir-se als dos gèneres (cuidador, malalt, metges, infermers, treballadors socials...).

La imatge que s'utilitza en el fullet és la d'un senyor gran (se suposa que és un avi) amb una noia (se suposa que n'és la néta).

Pel que fa a la **Transversalitat**, no contempla la integració de la perspectiva de gènere, de forma explícita com un dels eixos, en tots els apartats, del Pla Director.

Quant a la **Perspectiva de gènere**, no cita bibliografia amb relació al gènere i l'atenció geriàtrica, cures pal·liatives i demències.

Les diferències trobades en la descripció de la situació no s'analitzen en perspectiva de gènere i, per tant, no es tradueixen en cap proposta ni objectiu per disminuir el biaix relacionat amb el gènere. L'única proposta en què apareixen les dones és en el fet de ser cuidadores, ja que esmenta que, "en l'actualitat, l'atenció a una persona gran amb problemes de demències o en situació terminal recau en la família i aquesta és

prestada generalment per una dona entre 45 i 60 anys, que majoritàriament té lligams de parentesc amb la persona cuidada” (situació relacionada amb el rol de gènere).

No hi ha cap proposta de recerca en relació amb el gènere i el problema de salut determinat pel Pla Director.

No es promouen de forma explícita accions per assolir la formació amb perspectiva de gènere amb relació al PDSS en tots els perfils professionals.

#### 4.3. DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DEL *PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS* (PDSMA)

El *Pla Director de Salut Mental i Addiccions* (PDSMA) i el seu Consell Assessor es crea pel Decret 30/2006 de 28 de febrer (DOGC, núm. 4584).

La salut mental ha estat declarada recentment una prioritat en el si de la Unió Europea (Declaració d'Hèlsinki, gener de 2005).

L'OMS defineix la *salut mental* (SM) com un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves capacitats, pot enfrontar-se a les exigències normals de la vida i treballar de manera productiva i fructífera, i és capaç de contribuir a la seva comunitat.

Segons el PDSMA, a Catalunya, la prevalença en vida de patir un trastorn mental o una addicció és del 20,34% en els homes i del 26,92% en les dones.

La missió del Pla Director de Salut Mental i Addiccions és decidir, planificar, executar i avaluar les accions més efectives i els recursos més apropiats per a la millora de la salut mental de la població. Aquesta missió està d'acord amb un model de base comunitària i intersectorial en el qual participin els diversos agents, que integri la promoció social dels factors de salut i la prevenció dels trastorns, i que inclogui el tractament, la rehabilitació i la inserció òptims de les persones i grups de població que pateixen trastorns mentals i addiccions, i el suport a les seves famílies.

Els projectes i intervencions definits en aquest Pla apunten als següents objectius del Pla de Salut de Catalunya en l'horitzó 2010:

- A. Problemes de salut mental
- B. Consum excessiu d'alcohol
- C. Consum de drogues no institucionalitzades

Els objectius estratègics que ens marca el Pla Director de Salut Mental i Addiccions són:

Objectiu 1. Promoure els factors de protecció i disminuir els factors de risc associats a la salut mental.

Objectiu 2. Promoure estratègies de prevenció dels trastorns mentals, les addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues, amb una visió intersectorial i interdisciplinària i amb la participació activa dels usuaris i les famílies.

Objectiu 3. Millorar la capacitat d'atenció de l'APS a les problemàtiques de salut mental i addiccions, mitjançant l'increment del suport psicosocial per part de l'atenció especialitzada i la disponibilitat d'una cartera de serveis específica en salut mental i addiccions a l'atenció primària.

Objectiu 4. Aconseguir que la cartera de serveis de Salut Mental i Addiccions estigui realment orientada als usuaris i les seves famílies, tot potenciant un model d'intervenció més actiu i comunitari, especialment per a les poblacions amb trastorns més greus.

Objectiu 5. Millorar la cartera de serveis, amb la inclusió de la psicoteràpia i d'acord amb les guies clíniques aprovades, per atendre els problemes de salut prioritzats.

Objectiu 6. Reorganitzar els serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.

Objectiu 7. Potenciar un sistema de gestió integrada en el territori dels serveis de salut mental i addiccions i dels serveis socials, que garanteixi la continuïtat assistencial.

Objectiu 8. Incrementar la satisfacció dels professionals mitjançant estratègies de participació i implicació, de desenvolupament professional i de formació apropiades.

Objectiu 9. Promoure un sistema d'atenció i uns serveis respectuosos amb l'autonomia dels usuaris, responsables en relació amb les seves necessitats i curosos amb els seus drets i obligacions.

Objectiu 10. Afavorir la participació activa dels afectats en tant que ciutadans.

Pla Director de Salut Mental i Addiccions

Objectiu 11. Promoure la integració funcional de les xarxes de salut mental d'adults, d'infantil i de drogodependències.

Objectiu 12. Potenciar la cultura de l'avaluació com a estratègia per a la millora de la qualitat a les organitzacions i als professionals.

Objectiu 13. Afavorir la disminució de la variabilitat clínica inadequada.

Objectiu 14. Integrar i millorar la informació clínica i epidemiològica mitjançant les noves *tecnologies de la informació i la comunicació* (TIC).

Objectiu 15. Afavorir els canvis necessaris per tal d'alinear els coneixements i habilitats dels futurs professionals als objectius del Pla en el conjunt del sistema docent.

Objectiu 16. Enfortir la recerca epidemiològica i clínica, i l'avaluació dels serveis.

Objectiu 17. Estimular la cooperació amb els països de la Unió Europea (UE) i dels organismes internacionals relacionats amb la salut mental i les addiccions.

Objectiu 18. Garantir el lideratge del Pla en tot el territori i la gestió del canvi, a través de l'equitat de l'oferta assistencial en el territori, la promoció de la capacitat de decisió i gestió de la comunitat, i el control dels factors crítics que comporta el canvi.

En l'anàlisi de la situació, el Pla refereix que l'estat de salut mental d'una societat està íntimament relacionat amb l'estat de salut general i els seus determinants, però també està molt influït pels factors demogràfics, socials i econòmics i pel propi sistema assistencial.

Entre els *trastorns mentals* (TM), la depressió és considerada una de les principals causes de discapacitat, ocupa el quart lloc entre les primeres causes de malaltia i es preveu que l'any 2020 estarà en segon lloc, després de la cardiopatia isquèmica.

La *taula 6* ens mostra les prevalences dels TM a Catalunya, les dades mostren que a excepció de l'abús i dependència de l'alcohol, tots els altres són més freqüents en dones.

*Taula 6. Prevalença\* de trastorns mentals al llarg de la vida i prevalença als 12 mesos. Catalunya 2002*

	Al llarg de la vida			Als 12 mesos		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Qualsevol trastorn mental	20,34 (16,87-23,81)	26,92 (23,62-30,21)	23,73 (1,27-26,19)	7,42 (5,18-9,66)	14,17 (11,42-16,92)	10,9 (9,1-12,69)
Qualsevol trastorn d'ànim	11,31 (8,8-13,83)	20,39 (17,48-23,3)	15,99 (14,05-17,93)	4,14 (2,59-5,74)	9,23 (7-11,46)	6,76 (5,37-8,15)
Qualsevol trastorn d'ansietat	7,6 (5,11-10,09)	14,85 (12,18-17,52)	11,34 (9,45-13,22)	3,41 (1,79-5,03)	9,22 (7,04-11,4)	6,41 (5,02-7,79)
Depressió major	10,83 (8,33-13,33)	19,24 (16,46-22,03)	15,17 (13,29-17,05)	3,94 (2,35-5,53)	8,92 (6,71-11,12)	6,51 (5,14-7,87)
Trastorn distímic	3,07 (1,72-4,41)	7,08 (5,29-8,86)	5,13 (4-6,27)	0,91 (0,18-1,63)	3,15 (1,78-4,51)	2,06 (1,25-2,87)
Trastorn d'ansietat generalitzada	1,96 (0,79-3,13)	5,36 (3,81-6,91)	3,71 (2,75-4,67)	0,33 (0-0,73)	3,15 (1,92-4,38)	1,78 (1,13-2,43)
Fòbia social	1,28 (0,12-2,44)	2,05 (0,89-3,22)	1,68 (0,81-2,55)	0,79 (0-1,84)	1,33 (0,38-2,27)	1,07 (0,29-1,84)
Fòbia específica	2,4 (1,08-3,71)	4,51 (3,08-5,95)	3,49 (2,48-4,49)	0,82 (0,07-1,57)	2,83 (1,64-4,02)	1,86 (1,15-2,57)
Trastorn per estrès posttraumàtic	1,12 (0,19-2,04)	2,2 (0,98-3,43)	1,68 (0,92-2,44)	0,65 (0-1,35)	0,9 (0,08-1,72)	0,78 (0,25-1,32)
Agorafòbia	0,55 (0-1,14)	1,41 (0,49-2,32)	0,99 (0,45-1,54)	0,55 (0-1,14)	1,32 (0,42-2,22)	0,95 (0,41-1,49)
Trastorn d'angoixa	1,46 (0,61-2,3)	4,98 (3,39-6,57)	3,27 (2,38-4,18)	0,46 (0,04-0,89)	2,94 (1,71-4,18)	1,74 (1,07-2,41)
Abús d'alcohol	6,8 (4,56-9,04)	1,52 (0,59-2,46)	4,08 (2,82-5,34)	1,33 (0,34-2,32)	0,19 (0-0,56)	0,74 (0,23-1,26)
Dependència d'alcohol	2,05 (0,74-3,36)	0,42 (0-0,95)	1,21 (0,51-1,9)	0,32 (0-0,71)		0,16 (0-0,35)

\* Proporcions ajustades i intervals de confiança.

Font: Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España. Actas Españolas de Psiquiatría (en premsa).

Segons el PDSMA, la prevalença dels TM estimada a partir dels resultats de l'*Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA, 2002) i mesurada com a probabilitat de ser cas mitjançant el General Health Questionnaire-GHQ-12, per a la població de 15 anys i més, és del 17,9% (el 20,0% en les dones i el 15,6% en els homes). En l'ESCA 2006 per a la població de 15 anys i més, la prevalença és del 17,1% (el 19,2% a les dones i el 14,8% als homes). Per grups d'edat i sexe, la probabilitat de patir trastorns mentals és més elevada en les dones en tots els grups d'edat. Segons la classe social, s'observa una major prevalença de la probabilitat de patir TM en les dones dels grups IV i V.

L'evolució de la prevalença de consum de substàncies addictives entre la població escolar de 14 a 18 anys mostra que l'alcohol és la substància que més es consumeix seguit del tabac, cànnabis i cocaïna.

Quant a la utilització dels serveis sanitaris, el Pla fa referència a l'estudi europeu ESEMeD a Catalunya del total de les persones que han presentat algun trastorn mental en el darrer any, el 59,4% no havia contactat durant el mateix període amb cap professional sanitari.

Amb relació a la mortalitat distribuïda per causes que estan relacionades amb la salut mental, el PDSMA fa una distribució per grups d'edat i sexe, i és més elevada en tots els grups d'edat per als homes fins als 85 anys, edat a partir de la qual és més elevada en les dones. Quant a les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat i sexe (per 100.000 habitants, Catalunya 2003), els TM representen el 6,6 en dones i el 6,72 en homes, demència senil, vascular i demència no específica (63,7 en dones i 28,6 en homes), suïcides i autolesions (3,5 en dones i 10,4 en homes).

Amb relació a la morbiditat, les altes dels ingressos que assenyalen el PDSMA estan distribuïdes per processos.

Els diagnòstics més prevalents als centres de SM el 2004, distribuïts per sexes, els tenim a la *taula 7*.

*Taula 7*

Diagnòstic (codi CIM-9-MC)	Homes	%	Dones	%	Total	%
Trastorns neuròtics (300)	11.652	17,3	28.323	29,0	41.177	24,2
Reacció d'adaptació (309)	11.683	17,4	20.468	21,0	32.967	19,3
Psicosis afectives (296)	6.143	9,1	11.824	12,1	18.660	10,9
Trastorns esquizofrènics (295)	6.965	10,2	4.322	4,4	11.762	6,9
Trastorns de la personalitat (301)	3.680	5,5	4.411	4,5	8.357	4,9
Síntomes i síndromes especials, no classificats en cap altre lloc (307)	1.731	2,6	2.992	3,4	4.883	2,9
Trastorns de la infància (313)	2.250	3,3	1.577	1,6	3.967	2,3
Trastorn de la conducta no classificat (312)	2.239	3,3	813	0,8	3.121	1,8
Trastorn depressiu no classificat (311)	983	1,3	1.963	2,0	2.895	1,7
Altres psicosis no orgàniques (299)	1.419	2,1	1.369	1,4	2.853	1,7

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004.

*Taula 25. Visites de consulta ambulatoria psiquiàtrica als CSMA i CSMU, 2004.*



La *taula 8* ens mostra la distribució dels pacients, mitjana d'edat i percentatge de dones, per diagnòstic principal seleccionat l'any 2003. Les dones presenten més prevalença en tots els diagnòstics menys en l'esquizofrènia i els trastorns de conducta no classificats en cap altre lloc (joc patològic, trastorns de control de l'impuls).

*Taula 8*

	Distribució dels pacients		Mitjana d'edat (anys)	Dones (%)
	N	%		
<b>Trastorns neuròtics</b>	<b>38.146</b>	<b>26,4</b>	<b>46,8</b>	<b>72,4</b>
Depressió neuròtica	14.744	10,2	52,7	82,8
Estats d'ansietat	13.387	9,2	43,1	66,5
<b>Reacció d'adaptació</b>	<b>24.946</b>	<b>17,2</b>	<b>44,1</b>	<b>67,7</b>
Reacció d'adaptació amb característiques emocionals mixtes	10.288	7,1	43,6	70,2
Reacció depressiva breu	3.297	2,3	45,0	70,2
<b>Psicosis afectives</b>	<b>20.158</b>	<b>13,9</b>	<b>51,4</b>	<b>66,4</b>
Trastorn depressiu major, episodi únic, lleu, moderat o inespecificat	7.804	5,4	50,4	64,7
Trastorn depressiu major, episodi recurrent, lleu, moderat o inespecificat	6.566	4,5	54,4	72,1
<b>Trastorns esquizofrènics</b>	<b>12.952</b>	<b>8,9</b>	<b>42,3</b>	<b>38,3</b>
Tipus paranoide	6.050	4,2	42,1	33,5
Tipus esquizoafectiu	1.561	1,1	43,0	55,2
<b>Trastorns de personalitat</b>	<b>6.462</b>	<b>4,5</b>	<b>41,2</b>	<b>57,8</b>
Trastorns de personalitat inespecificat	1.589	1,1	38,0	51,0
Altres trastorns de personalitat	1.480	1,0	35,8	60,9
<b>Trastorn depressiu no classificat a cap altre lloc</b>	<b>2.711</b>	<b>1,9</b>	<b>48,1</b>	<b>68,8</b>
<b>Altres psicosis no orgàniques</b>	<b>2.628</b>	<b>1,8</b>	<b>42,0</b>	<b>49,8</b>
Psicosi inespecificada	1.906	1,3	41,5	46,6
<b>Síntomes i síndromes especials, no classificats a cap altre lloc</b>	<b>2.298</b>	<b>1,6</b>	<b>34,7</b>	<b>80,7</b>
Altres trastorns del menjar, i trastorns inespecificats del menjar	623	0,4	30,6	91,9
Bulímia	486	0,3	31,1	95,7
Anorèxia nerviosa	340	0,2	26,1	94,2
<b>Estats paranoides</b>	<b>2.197</b>	<b>1,5</b>	<b>54,5</b>	<b>58,0</b>
Paranoia	1.296	0,9	54,9	58,8
Estat paranoide simple	585	0,4	54,9	58,5
<b>Trastorn de conducta no classificat a cap altre lloc</b>	<b>1.175</b>	<b>0,8</b>	<b>37,5</b>	<b>25,6</b>
Joc patològic	374	0,3	40,9	15,5
<b>Trastorns de control de l'impuls, no classificats a cap altre lloc</b>	<b>497</b>	<b>0,3</b>	<b>33,5</b>	<b>23,8</b>
<b>Altres diagnòstics</b>	<b>11.057</b>	<b>7,6</b>	<b>44,3</b>	<b>59,3</b>
<b>Diagnòstic desconegut o erroni</b>	<b>20.014</b>	<b>13,8</b>	<b>44,5</b>	<b>63,8</b>
<b>Total</b>	<b>144.744</b>	<b>100</b>	<b>45,7</b>	<b>59,9</b>

Font: Pla Director Salut Mental i Addicions de Catalunya

El Pla estructura les seves propostes en deu objectius estratègics, que, a la vegada, contenen diferents línies d'actuació que es desenvolupen mitjançant objectius operatius.

1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions. De les tres línies d'actuació presentades, l'única menció que es fa al gènere és en la línia 3.

- Línia 3. Prevenció de trastorns mentals, addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues en poblacions més vulnerables. La prevenció ha de centrar-se en els grups de risc que presenten característiques específiques sobre les quals cal intervenir, incorporant sempre la perspectiva d'edat i de **gènere** (assenyalem el gènere en negreta per ser el gènere el nostre objecte d'estudi).

Els objectius operatius, els agrupa per grups d'edat i, quant al gènere, tan sols hi fa referència l'*objectiu operatiu 3.3*. en adults, referint-se a les dones maltractades.

2. Millora de l'atenció dels trastorns mentals i addiccions a l'*Atenció Primària de Salut* (APS).

3. Incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris, en base territorial.

4. La veu dels afectats: millorar la seva implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets.

5. La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació i la millora de la seva satisfacció. En l'objectiu operatiu 1.3., anomena la potenciació de la promoció i prevenció de la salut mental dels professionals sanitaris, però no menciona la relació del gènere amb la salut mental dels professionals.

En l'objectiu operatiu 1.5., fa referència a assolir la formació necessària dels professionals per abordar els canvis estratègics proposats. No menciona la formació en la relació de gènere i la *salut mental* (SM).

6. Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes i serveis d'atenció.

7. Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les entitats proveïdores.

8. Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.

9. Enfortiment de la recerca epidemiològica i clínica, de l'avaluació dels serveis i de la cooperació europea. Amb dues línies d'actuacions. Tots els projectes de recerca que anomena sobre morbiditat (atesa i oculta) en SM i addiccions estan en relació amb les etapes de desenvolupament, no al gènere.

A l'objectiu operatiu 1.3.: "Promocionar la recerca clínica". Entre els projectes de recerca anomenats, hi figuren projectes de recerca sobre els maltractadors: de gènere, abús infantil.

10. Assegurar la gestió del canvi.

A continuació, el Pla anomena els projectes prioritzats per al període 2005-2007. En un dels projectes, fa menció a incloure programes de prevenció i detecció precoç a les Unitats Integrals de Violència de Gènere.

En l'objectiu operatiu: "Millorar l'atenció especialitzada a les poblacions vulnerables", assenyalava el Projecte:

Incorporar els aspectes d'atenció psiquiàtrica i psicològica a les dones maltractades, en el marc del Pla Interdepartamental coordinat per l'Institut Català de les Dones i d'acord amb el desplegament d'Unitats d'Atenció Integral a la violència de gènere.

En l'apartat del "Mapa sanitari", presenta els criteris de planificació de serveis en relació amb les necessitats d'atenció a la salut mental i a les drogodependències

En el seguiment i avaluació del PDSMA, presenta els objectius i indicadors del Pla amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció sanitària a les malalties relacionades amb la salut mental, i es marca els següents objectius:

1. Increment dels factors de protecció i disminució dels factors de risc.
2. Estratègies de prevenció dels TM.
3. Millorar la cartera de serveis de Salut Mental i Addiccions en l'APS i potenciar la capacitat de detecció i resolució dels professionals de l'APS.
4. Model d'intervenció actiu i comunitari, especialment, amb els trastorns mentals greus.
5. Per patologies prioritzades: guies clíniques, atenció psicoterapèutica.
6. Reorganització dels serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.
7. Integració funcional de les xarxes de salut mental d'adults, d'infantil i juvenil i de drogodependències.

(GENERALITAT DE CATALUNYA,2006)

#### 4.3.1. INDICADORS DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

**D1- VISIBILITAT.** Les dades estan extretes de l'apartat de l'“Anàlisi de la situació” que referencia el PDSMA.

<b>DISGREGACIÓ DE DADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NC</b>
Morbiditat	X		
Mortalitat	X		
Grups d'edat	X		
Factors de risc		X	
Classe social	X ( en els TM)		
Àrees geogràfiques	X		
Ingressos hospitalaris		X	
<i>Totes les dades estadístiques</i>	X		

El PDSMA desagrega les dades per sexe, però constatem que no hi ha una explicació en les diferències trobades ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

#### D2- PARTICIPACIÓ

<b>Participants del Pla</b>	<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
Equip Pla Director	60% (9)	40 % (6)
Col·laboradors/es Departament	41% (18)	58% (25)
Consell Assessor	29,1% (37)	70,8% (90)
<i>Comissió Permanent</i>	<i>44,8% (13)</i>	<i>55,1% (16)</i>

COMPOSICIÓ GRUPS DE TREBALL. En l'organització del Pla Director, els grups de treball es constitueixen per franges d'edat (infantil, adolescent, adult, gent gran).

<i><b>Grups de treball</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
INFANTIL	73,6% (14)	26,3% (5)
ADOLESCENTS	64,8% (24)	35,1% (13)
ADULTS	38,4% (35)	61,5% (56)
GENT GRAN	52,6% (10)	47,3% (9)

#### **COORDINADORS/ES DELS DIFERENTS GRUPS DE TREBALL**

<i><b>Grups de treball</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
INFANTIL	33,3% (1)	66,6% (2)
ADOLESCENTS	33,3% (1)	66,6% (2)
ADULTS		100% (2)
GENT GRAN	66,6% (2)	33,3% (1)

S'han incorporat representats de la societat civil en els grups de treball.

### **D3- LLENGUATGE**

El llenguatge emprat en la redacció del Pla no és integrador, no visibilitza per igual homes i dones.

Es té cura de no transmetre imatges estereotipades en funció del sexe.

En la portada del Pla, així com en el fullet, apareixen dones i homes de totes les edats.

### **D4- ENFOCAMENT DE GÈNERE**

No cita bibliografia amb relació al gènere i el Pla Director.

### **D5- TRANSVERSALITAT**

No contempla la integració de la perspectiva de gènere, de forma explícita com un dels eixos, en tots els apartats del Pla Director.

En l'objectiu operatiu 3.3., en adults es proposa elaborar un projecte de prevenció i detecció precoç de dones maltractades en el marc interdepartamental coordinat per l'ICD.

## OBJECTIUS

<b>Objectius</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Observacions</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi		X	
Tenen en compte que els determinants de salut d'homes i dones són diferents	X		<i>Dins del 1r objectiu: "Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addicions", ens assenyala que cal incorporar la perspectiva d'edat i gènere.</i> <i>En l'objectiu operatiu 3.3., en adults anomena el fet d'elaborar un projecte de prevenció i detecció precoç de dones maltractades en el marc interdepartamental coordinat per l'ICD</i>
Impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere		X	

## PROPOSTES

<b>Propostes</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>Observacions</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades per sexe		X	
Tenen en compte la perspectiva de gènere		X	

Tenen en compte disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent		X	
Propostes de recerca amb relació al gènere i el Pla Director		X	
<i>Es promouen accions per assolir la formació</i>		X	

#### 4.3.2. ANÀLISI DE LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICCIONS

En la presentació del Pla, la màxima representant del Departament de Salut de la Generalitat fa menció a la declaració d'Hèlsinki, en què es va declarar la salut mental com una prioritat dins de la Unió Europea. Aquesta declaració assenyala que cal enfocar els greus problemes de salut mental des de les polítiques públiques amb una perspectiva integradora. El risc de mala salut mental és més elevat en les dones en tots els grups d'edat i va augmentant a mesura que baixem en la classe social.

En relació amb la **Visibilitat**, en l'anàlisi de la situació, el Pla desagrega les dades de morbiditat i mortalitat per sexe; aquesta desagregació reflecteix que els trastorns mentals són un problema de salut, en el qual les diferències en les prevalences dels problemes són visibles amb relació al sexe. Però aquesta evidència no va seguida d'una anàlisi de les possibles causes d'aquesta diferència.

Des de la nostra anàlisi, podem afirmar que les propostes d'actuació i els objectius del Pla Director no tenen en compte els resultats de l'anàlisi de les dades disgregades ni la perspectiva de gènere.

Dins de l'objectiu: "Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions", ens assenyala que cal incorporar la perspectiva d'edat i gènere, però després no es formula cap objectiu específic que impulsi la recerca d'indicadors sensibles al gènere.

Pel que fa a la **Transversalitat**, no contempla la perspectiva de gènere com un dels eixos en tots els apartats del PDSMA, ni el fet de treballar amb altres departaments. Tan sols en l'objectiu operatiu 3.3. en adults, anomena el fet d'elaborar un projecte de prevenció i detecció precoç de dones maltractades en el marc interdepartamental coordinat per l'ICD.

En l'objectiu de "Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau", no s'indica que es promoguin accions per assolir la formació amb perspectiva de gènere en tots els perfils professionals.

En l'objectiu 16: "Enfortir la recerca epidemiològica i clínica, i l'avaluació dels serveis", no hi ha cap proposta de recerca amb relació al gènere; tots els objectius estan en relació amb les etapes de desenvolupament. Tan sols en l'objectiu operatiu de "promocionar la recerca clínica", entre els projectes de recerca anomenats, hi figuren projectes de recerca sobre els maltractadors: de gènere, abús infantil.

En els projectes a prioritzar, en un fa menció a incloure programes de prevenció i detecció precoç a les unitats integrals de violència de gènere i, en un altre, a incorporar els aspectes d'atenció psiquiàtrica i psicològica a les dones maltractades.

Quant a la **participació**, en el registre d'actors del Pla, la presència de dones és important (equip del Pla, el 60% de dones). Hem d'assenyalar que, en la composició dels grups de treball que estan formats amb relació a les etapes del cicle vital (infantil, adolescència, adults i gent gran), les dones formen part de manera majoritària del grup de treball infantil (73,6%), el grup d'adolescents (64,8%) i del de la gent gran (52,6%), però en el grup d'adults la presència de dones és més minoritària (38,4%) i, en la coordinació, tan sols hi ha homes.

Amb relació al **llenguatge** emprat, no visualitza igual els homes i les dones. La imatge visual de la portada i del fullet reflecteixen la presència de dones i homes en diferents etapes del cicle vital.

En l'**enfocament de gènere**, no hi ha referències explícites en la bibliografia utilitzada que faci menció a la relació del gènere amb la salut mental i els seus problemes, així com amb les addiccions ni tampoc no es plantegen recerques del perquè de les diferències trobades en l'anàlisi de la situació.

#### 4.4. DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DEL PLA DIRECTOR D'ONCOLOGIA (PDO)

El primer Pla Director que va publicar el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya va ser el d'oncologia en el període 2001-2004, establint els objectius i prioritats de la lluita contra aquesta malaltia en el període esmentat.

Nosaltres analitzarem el *Pla Director d'Oncologia* (PDO) creat pel Decret 27/2006 de 28 de febrer (DOGC, núm. 4584, de 2 de març de 2006) i el posterior esborrany del Pla Director d'Oncologia 2008-2010.



La missió del Pla és millorar la salut de la població catalana i disminuir la incidència i la mortalitat en càncer amb equitat, qualitat, accessibilitat i sostenibilitat del sistema sanitari català; la informació i la formació en són les eines de treball, segons anomena el Pla.

Els objectius generals del Pla Director d'Oncologia són:

1. Reduir la incidència i la mortalitat en càncer a Catalunya.
2. Millorar la qualitat de vida en tot el procés.
3. Millorar l'accessibilitat, garantint el diagnòstic precoç i un tractament apropiat i de qualitat.
4. Millorar la informació i comunicació entre ciutadans, pacients, familiars, professionals, gestors i polítics.

En l'anàlisi de la situació es presenten les dades sociodemogràfiques de morbiditat i mortalitat desagregades per sexe.

El càncer és la primera causa de mortalitat en els homes i la segona en les dones.

El tumor més freqüent en els homes és el de pròstata, seguit del de pulmó i colorectal.

En les dones, el tumor més freqüent és el de mama, seguit del colorectal i el d'úter.

La supervivència relativa als 5 anys (al registre de Girona en el període 1994-2001, va ser en els homes del 46% i, en les dones, del 60%).

El PDO fa menció al percentatge de cirurgia conservadora en el càncer de mama, ja que és un indicador que permet conèixer la qualitat d'atenció.

Es realitza una anàlisi de les *febleses, amenaces, fortaleces i oportunitats* (DAFO) de la situació. Dels punt forts, destaquen la voluntat política, l'experiència del Pla Director anterior, el consens dels actors implicats en el Pla i el coneixement de la situació epidemiològica, i conclou l'anàlisi DAFO que han d'orientar les activitats amb vista a la persona malalta i les seves necessitats i no a la pressió dels grups d'interès.

Les propostes del PDO assenyalen la importància del primer tractament com a factor determinant amb relació a la supervivència.

Pel que fa als objectius operatius, línies i propostes el PDO els descriu d'acord amb els objectius esmentats:

- Prevenició primària: identificar factors de risc.
  - Prevenició secundària: realització de cribratges (mama, coll d'úter i colorectal).
  - Consell genètic. Elaborar una guia de consell genètic en predisposició hereditària al càncer.
  - Diagnòstic ràpid: és important per al tractament i la supervivència.
- El Pla defineix tres tipus de raons per al retard:

- Retard de la persona afectada.
- Retard del metge.
- Retard originat pel mateix sistema assistencial.

El Pla assenyala que, en aquest moment, no disposen de dades sobre els retards ni a què són deguts. No menciona la desagregació de les dades per sexe per analitzar si el gènere influeix en aquest retard.

També assenyala que s'ha implantat el diagnòstic ràpid en el càncer de mama, còlon i pulmó.

- Model assistencial: les unitats assistencials relacionades amb el diagnòstic del càncer haurien d'assegurar un circuit al més eficient possible.

- La qualitat assistencial: el tractament del càncer es basa en el tractament quirúrgic en la majoria dels càncers i aquest és determinant.

- Formació quirúrgica: consensuar el model de formació amb les diferents societats científiques, universitats i institucions.

- Cures pal·liatives: en el Pla de Salut, com a objectiu a assolir el 2010, assenyala: "D'aquí al 2010 cal desenvolupar i aplicar els protocols de control de dolor i d'altres símptomes en la malaltia avançada del càncer en tots els hospitals de Catalunya".

- Radioteràpia: forma part de les estratègies fonamentals en el tractament local del càncer.

- Quimioteràpia: en aquest moment, només es disposa de dades d'eficàcia i d'efectes secundaris dels quimioteràpics en aquells malalts que entren en assaigs clínics. No apareix el sexe com a element a tenir en compte en la recollida de les dades, per tant, no es disposa de dades de com es contempla el sexe amb relació a la quimioteràpia, ni si es té present en l'estudi.

- Psicooncologia: es proposa avaluar l'activitat del psico-oncòleg en els centres de referència i proposar un model de desenvolupament futur de la psicooncologia.

- Rehabilitació.

- Ciutadà, malalt i família: el Pla assenyala que seria bo per als malalts i per al sistema sanitari que els pacients participessin activament en les decisions importants durant tota la seva malaltia.

- Recerca: en les àrees de prevenció, detecció precoç, diagnòstic i tractament del càncer, és un component essencial per millorar l'atenció oncològica i reduir l'impacte d'aquesta malaltia.

- Registre de Càncer: un *Registre de Càncer de base Poblacional* (RCP) té com a objectiu recollir de forma sistemàtica la informació de tots els tumors malignes (i alguns no malignes) d'una població definida. A Catalunya, hi ha dos RCP, un a la província de Tarragona (des del 1980) i l'altre a la de Girona (des del 1994).

- Xarxes, aprofitant l'experiència d'altres plans directors d'altres comunitats autònomes i països europeus.

Amb relació al mapa sanitari, el Pla, basant-se en els principis que orienten les polítiques de salut i de serveis del sistema públic de salut de Catalunya, que són l'equitat, l'eficiència, la sostenibilitat i la satisfacció dels ciutadans amb el servei, presenta una sèrie de punts com a orientacions generals per a la planificació de serveis en l'atenció als diferents tipus de càncer.

Quant al seguiment i avaluació, el PDO recull un seguit d'indicadors per avaluar la reducció en la incidència i en la mortalitat per càncer, la millora en l'accessibilitat i la garantia d'un diagnòstic precoç i d'un tractament apropiat i de qualitat.

En l'apartat de "Seguiment i avaluació", el PDO marca uns objectius amb indicadors:

- Reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys.
- Reduir la mortalitat per càncers relacionats amb el tabac en homes.
- Reduir la incidència per càncer en els tumors relacionats amb el tabac.
- Reduir la mortalitat per càncer de mama i de coll d'úter en dones, i càncer colorectal en homes i dones.
- Aconseguir estabilitzar la tendència de la incidència de càncer colorectal.
- Incrementar la supervivència global per càncer als 5 anys (tumors de mama, colorectal i pròstata).
- Variació en la proporció de cirurgia conservadora en càncers de mama sobre el total de càncers de mama.
- Promoure i implementar el circuit de diagnòstic ràpid.
- Desenvolupar activitats de prevenció primària del càncer fomentant estils de vida saludables amb especial èmfasi en la reducció del tabaquisme.
- Desenvolupar activitats de prevenció primària del càncer fomentant estils de vida saludables: hàbits alimentaris.
- Desenvolupar activitats de prevenció primària del càncer fomentant estils de vida saludables: prevalença d'obesitat i de sobrepès.
- Desenvolupar i consolidar activitats de prevenció secundària.
- Desenvolupar i aplicar els protocols de control del dolor i d'altres símptomes en la malaltia oncològica avançada en tots els hospitals de Catalunya.

S'estableix la necessitat de posar en marxa el Registre Poblacional de Càncer de Catalunya. El coneixement de les dades poblacionals relacionades amb el càncer, la incidència i la supervivència, la seva evolució en el temps i les possibles diferències en el territori és un element imprescindible per a una bona planificació de l'atenció oncològica. (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006)

#### 4.4.1. INDICADORS DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DEL PLA DIRECTOR D'ONCOLOGIA

**D1- VISIBILITAT.** Les dades d'aquesta taula estan extretes de l'“Anàlisi de la situació” del PDO.

<b>DISGREGACIÓ DE DADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NC</b>
Morbiditat	X		
Mortalitat	X		
Grups d'edat	--		
Factors de risc		X	
Classe social		X	
Àrees geogràfiques	X		
Ingressos hospitalaris		X	
<i>Totes les dades estadístiques</i>		X	

El PDO desagrega dades per sexe, però constatem que no hi ha una explicació en les diferències trobades ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

#### D2- PARTICIPACIÓ

<b>Participants del Pla</b>	<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
Equip Pla Director	42,8% (3)	57,1% (4)
Col·laboradors/es Departament	41,3% (19)	58,6% (27)
Consell Assessor	17,6% (9)	82,3% (42)
<i>Comissió Permanent</i>	25% (5)	75% (15)

## COMPOSICIÓ GRUPS DE TREBALL

<i><b>Grups de treball</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
PSICOONCOLOGIA	83,3% (10)	16,6% (2)
RADIOTERÀPIA	11,1% (2)	88,8% (16)
ANATOMIA PATOLÒGICA		100% (9)
<i><b>CÀNCER COLL UTERÍ</b></i>	76,1% (16)	23,8% (5)

S'han incorporat representats de la societat civil en el Consell Assessor, en el grup de treball del càncer de coll uterí i societats professionals.

### D3- LLENGUATGE

El llenguatge utilitzat en la redacció del Pla no és integrador, i no visibilitza per igual homes i dones, però no transmet imatges estereotipades.

### D4- ENFOCAMENT DE GÈNERE

No utilitza cap cita bibliogràfica amb relació al gènere i el càncer.

### D5- TRANSVERSALITAT

No es contempla la integració de la perspectiva de gènere de forma explícita com un dels eixos en tots els apartats del Pla Director.

S'ha treballat conjuntament amb membres de la societat civil en el Consell Assessor i en el grup del càncer del coll uterí.

## OBJECTIUS

<i><b>Objectius</b></i>	<i><b>SÍ</b></i>	<i><b>NO</b></i>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi		X
Tenen en compte que els determinants de salut d'homes i dones són diferents		X

<i>Impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere</i>		X
---	--	---

## PROPOSTES

<b>Propostes</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades per sexe		X
Tenen en compte la perspectiva de gènere		X
Tenen en compte disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent		X
Propostes de recerca amb relació al gènere i el Pla Director		X
Es promouen accions per assolir la formació		X

### 4.4.2. ANÀLISI DE LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL PLA DIRECTOR D'ONCOLOGIA

Pel que fa a la **visibilitat**, les dades referents a la morbi-mortalitat estan desagregades per sexe, no pas les referents als factors de risc ni els ingressos hospitalaris. No es realitza cap anàlisi de les dades de les diferències trobades per cercar relacions amb el gènere.

La **participació** és bastant paritària amb les persones que participen en l'elaboració del pla Actors del Pla, l'equip del PDO i els col·laboradors del Departament; no pas així

en el Consell Assessor (el 17,6% de dones enfront del 82,3% d'homes) i la Comissió Permanent (el 25% de dones enfront del 75% d'homes).

Observem gran variació quant a la composició per sexe en els grups de treball: el de psicooncologia està format per un 83,3% de dones i el del coll uterí, el 76,1% de dones (formen part d'aquest grup una representant de l'ICD, una de la Xarxa de Dones per la Salut i una de la Coordinadora d'Usuaris de la Salut), enfront del de Radioteràpia, que són un 11% les dones i el d'anatomia patològica, el 100% del qual són homes.

El **llenguatge** emprat en la redacció del Pla utilitza, generalment, el masculí per referir-se als dos sexes.

En la portada del Pla i del tríptic apareix una dona de mitjana edat.

Amb relació a l'**enfocament de gènere**, en la bibliografia referenciada no apareix cap cita de cap publicació en referència al càncer i el sexe/gènere.

En la formulació d'objectius, no es té en compte que els determinants de salut i els factors de risc són diferents per als homes i les dones.

El càncer més freqüent i el que causa més mortalitat en les dones és el càncer de mama; no es té en compte en el Pla ni en els objectius la relació del gènere amb aquesta patologia.

No es promouen accions per assolir la formació amb perspectiva de gènere en tots els perfils professionals.

Quant a la **transversalitat**, no es contempla la integració de la perspectiva de gènere de forma explícita com un dels eixos en tots els apartats del Pla Director. Però hi ha una representant de l'ICD, una de la Xarxa de Dones per la Salut i una de la Coordinadora d'Usuaris de la Salut en un grup de treball.

#### 4.4.3. DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DE L'ESBORRANY DEL PLA DIRECTOR D'ONCOLOGIA 2008-2010

El document es divideix en tres parts:

1. Situació del càncer i de l'atenció oncològica a Catalunya.
2. Revisió del coneixement actual sobre la prevenció i la millora de l'atenció oncològica.
3. Objectius 2008-2012.

##### 1.Situació del càncer i de l'atenció oncològica a Catalunya.

Amb relació a la situació del càncer a Catalunya, el document cita que les mesures tradicionals pel que fa a l'impacte del càncer són la incidència, la supervivència i la mortalitat.

Els principals tumors en ordre de freqüència són el càncer de pròstata, seguit del de pulmó i colorectal en els homes i, en les dones, el més freqüent és el càncer de mama, seguit pel colorectal i el de coll uterí.

En la distribució de la mortalitat per càncer, en els homes el càncer de pulmó és el més important, seguit del colorectal i el de pròstata i, en les dones, el càncer de mama continua en primer lloc seguit del colorectal i apareix en tercer lloc com a causa de mort el càncer de pulmó.

L'esborrany analitza l'evolució dels principals factors de risc com és el tabac, el consum d'alcohol, l'exercici físic o la dieta.

El cribratge de càncer de mama es realitza en el marc d'una estratègia organitzada i poblacional, dirigida a totes les dones entre 50 i 69 anys mitjançant mamografia biennal. En l'ESCA 2006, el 85% de les dones entre 50-69 anys declaraven haver-se fet una mamografia. En el cas de les citologies de Papanicolaou, el 66,8% de les dones entre 20-65 anys declaren fer-se citologies periòdicament.

Amb relació al diagnòstic ràpid del càncer, se centra en els tres tumors més freqüents: mama, colorectal i pulmó.

En l'avaluació dels resultats del tractament del càncer, assenyala que, en l'evolució del tractament conservador del càncer de mama, s'ha anat incrementant paral·lelament al progressiu impacte de la detecció precoç, encara que s'observen variacions que poden ser causades pels factors relacionats amb les variacions en la pràctica mèdica.

Les dades que presenten pel que fa a la mortalitat hospitalària als 30 dies per procediments quirúrgics oncològics d'alta complexitat o alt risc no estan desagregades per sexe.

2. Revisió del coneixement actual sobre la prevenció i la millora de l'atenció oncològica.

L'esborrany posa de manifest la necessitat de plantejar un enfocament integral en el marc d'un pla que contempli accions en l'àmbit de prevenció primària, cribratges, diagnòstic i tractament del càncer, incloent-hi les cures pal·liatives quan siguin necessàries, així com els aspectes psicosocials i rehabilitadors.

En la prevenció primària, ens parla dels estils de vida com el tabac, posant èmfasi en les dones i els joves d'ambdós sexes, alcohol, dieta, obesitat, exercici físic, factors ocupacionals, ambientals i les infeccions.



Amb relació al diagnòstic precoç, assenyala que les úniques proves que han demostrat la seva eficàcia de forma convincent són la mamografia per a la detecció precoç de càncer de mama, la citologia de Papanicolaou per al càncer de coll d'úter i la detecció de sang oculta en femta per al càncer colorectal.

Remarquem un dels criteris que assenyala l'esborrany per establir les prioritats d'atenció oncològica:

El valor atribuït per part dels pacients a les diferents opcions terapèutiques i als resultats esperats ha de ser tingut en compte en el procés de la presa de decisions clíniques. La qualitat de vida i els aspectes psicosocials han de ser considerats en totes les etapes de la història assistencial del malalt de càncer, així com les necessitats específiques dels supervivents de llarg termini.

L'informe assenyala que un repte clar de l'atenció oncològica ha de ser definir bé els tractaments basats en l'evidència i incloure'ls en les OncoGuies.

3. Objectius 2008-2012. Els desglossa en:

- Prevenció primària. Transcriu els del Pla de Salut de Catalunya.
- Detecció precoç.
- Atenció oncològica i sistemes d'informació.

Els objectius tenen un caràcter general.

#### 4.4.4. INDICADORS DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DE L'ESBORRANY DEL PLA DIRECTOR D'ONCOLOGIA 2008-2010

**D1- VISIBILITAT.** Les dades estan extretes de l'apartat "Situació del càncer a Catalunya".

<b>DISGREGACIÓ DE DADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NC</b>
Morbiditat	X		
Mortalitat	X		
Grups d'edat	--		
Factors de risc	X		
Classe social			X
Àrees geogràfiques	X		
Mortalitat hospitalària	X		
<i>Totes les dades estadístiques</i>		X	

L'esborrany del PDO (2008-2010) desagrega les dades per sexe, però constatem que no hi ha una explicació en les diferències trobades ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

## D2- PARTICIPACIÓ

No figura en l'esborrany.

## D3.- LLENGUATGE

En el redactat de l'esborrany, no s'utilitza un llenguatge integrador que visibilitza per igual homes i dones.

En l'esborrany, ni hi figuren imatges.

## D4- ENFOCAMENT DE GÈNERE

No cita bibliografia en relació amb el gènere i el càncer.

## D5- TRANSVERSALITAT

No es contempla la integració de la perspectiva de gènere de forma explícita com un dels eixos en tots els apartats de l'esborrany.

## OBJECTIUS

<i>Objectius</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi		X
Tenen en compte que els determinants de salut d'homes i dones són diferents		X
Impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere		X

#### 4.4.5. ANÀLISI DE LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DE L'ESBORRANY DEL PLA DIRECTOR D'ONCOLOGIA 2008-2010

Quant a la **visibilitat**, l'esborrany del Pla Director conté més dades desagregades per sexe que el Pla Director d'Oncologia en vigència, encara que no totes les dades estan desagregades per sexe; descriu les dades, però continua sense haver-hi una anàlisi de les dades amb perspectiva de gènere.

En relació amb la **participació**, en l'esborrany no figuren les persones que han participat en el disseny i el redactat.

Quant al **llenguatge**, utilitza el masculí per referir-se als dos sexes. En l'esborrany no apareixen imatges gràfiques.

Amb relació als **determinants de gènere**, en la bibliografia referenciada no apareix cap cita de cap publicació en referència al càncer i el sexe/gènere.

Pel que fa als **objectius** plantejats, aquests no reflecteixen la descripció de les dades, ni els determinants de gènere respecte a la malaltia oncològica, ni en la recerca.

En aquest esborrany, es té més present l'atenció integral de la persona malalta i el seu entorn, incloent-hi l'atenció psicosocial.

#### 4.5. DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DEL *PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES DE L'APARELL CIRCULATORI* (PDMAC)

Dins de les malalties de l'aparell circulatori, hi ha dos grans grups, les cerebrovasculars i les cardiovasculars. Aquests dos grups de malalties són atesos per professionals de diverses especialitats i, tal com assenyala en la introducció del PDMAC, "això ha aconsellat la creació del Pla d'Atenció de les Malalties Cerebrovasculars, que contempla l'ictus i el Pla d'Atenció de les Malalties Cardiovasculars, que contempla la patologia del cor i dels vasos". Els plans tenen aspectes comuns.

Per analitzar si en la planificació de les polítiques del Departament de Salut en relació amb les *Malalties Cardiovasculars* (MCV) és present el gènere, tal com assenyala el Decret de Creació del *Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori* (PDMAC), analitzarem, en primer lloc, el PDMAC, centrant-nos en les *Malalties Cardiovasculars* (MCV), objecte del nostre estudi. A continuació, analitzarem el *Registre Gironí del Cor* (REGICOR), estudi que es du a terme a les comarques gironines des del 1978, els estudis epidemiològics del qual han servit de base per al *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV).

En l'apartat d'"Anàlisi", farem referència a altres publicacions científiques per veure si el coneixement existent en el moment de redactar el Pla en relació amb les MCV i el gènere era present dins de la planificació de les polítiques sanitàries del Departament de Salut.

El Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori i el seu Consell Assessor es crea pel Decret 28/2006 de 28 de febrer (DOGC, núm. 4584 de 2.3.2006).

En l'article 1, ens assenyala que:

"Es crea el Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori com a instrument d'informació, estudi i proposta, mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a desenvolupar en l'àmbit de la promoció de la salut de l'aparell circulatori, la prevenció, el tractament i la rehabilitació de les malalties cardiovasculars i les malalties vasculars cerebrals amb l'objectiu de reduir la mortalitat associada a aquestes malalties i millorar la qualitat de vida dels afectats".

L'article 2 defineix els objectius del PDMAC:

2.1. El Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori té per funcions:

- a) Analitzar les necessitats de salut i de serveis sanitaris dels grups de població afectats per malalties cardiovasculars i per malalties vasculars cerebrals.
- b) Proposar àrees prioritàries d'actuació en els àmbits de les malalties cardiovasculars i les malalties vasculars cerebrals.
- c) Definir les mesures que cal adoptar des del punt de vista de la planificació, l'ordenació i l'avaluació dels serveis sanitaris per tal de millorar l'atenció primària, especialitzada i urgent de les patologies associades amb les malalties cardiovasculars i les malalties vasculars cerebrals i la coordinació entre els diferents nivells assistencials.
- d) Definir mesures adreçades a prevenir i controlar els factors de risc associats a aquestes malalties i a evitar les recurrències.
- e) Desenvolupar mesures adreçades a la millora de la rehabilitació d'aquestes malalties.
- f) Desenvolupar estàndards de qualitat d'atenció d'aquestes malalties.
- g) Dissenyar plans d'actuació per fomentar la recerca i la docència en l'àmbit de les malalties de l'aparell circulatori.
- h) Formular propostes per desenvolupar el marc normatiu que potenciï la prevenció i l'atenció de qualitat d'aquestes malalties.

Com en els altres decrets de creació dels plans directors, en l'article 2.2. es remarca que:

“En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats”.

En la presentació d'aquest, ens diu que el *Pla de les Malalties de l'Aparell Circulatori* (PDMAC) és l'instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions que cal desenvolupar en l'àmbit de la promoció de la salut de les malalties de l'aparell circulatori (malalties cardiovasculars i vasculars cerebrals), la prevenció, el tractament i la rehabilitació, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida dels afectats.

El PDMAC reparteix els seus objectius, estratègies i prioritats en dos plans: el Pla Director de Malaltia Cerebrovascular i el Pla Director de Malalties Cardiovasculars.

La missió del Pla és millorar l'atenció a les malalties vasculars mitjançant la reordenació de recursos i accions de promoció de la salut, prevenció de les malalties, diagnòstic precoç, tractament adequat i rehabilitació, sota una perspectiva territorial, **de condició social i de gènere** equitativa i sostenible, per tal de reduir el seu impacte sobre la salut de la població.

El PDMAC centra la seva acció en la malaltia cerebrovascular i en la malaltia cardiovascular.

En relació amb els objectius, el PDMAC conté tres apartats: el que fa referència a les malalties cerebrovasculars, el que fa referència a les malalties cardiovasculars i el dels objectius compartits pels dos plans.

Els objectius en referència a la malaltia cerebrovascular i en l'horitzó temporal 2007 que assenyalen són:

1. Reduir la incidència d'ictus.
2. Millorar l'accessibilitat de la població a l'atenció urgent de l'ictus.
3. Desenvolupar la rehabilitació i reinserció dels pacients amb ictus.

En el cas de la malaltia cardiovascular, els objectius proposats són:

1. Reduir la incidència de malaltia coronària.

2. Millorar l'accessibilitat de la població a l'atenció urgent a l'infart agut de miocardi.
3. Crear un model de rehabilitació cardiovascular a Catalunya.
4. Millorar l'atenció a altres malalties cardiovasculars com la d'insuficiència cardíaca i les cardiopaties congènites.

Els objectius generals compartits per ambdós plans:

1. Promoure línies de recerca orientades a la prevenció i a la millora de l'atenció de les malalties de l'aparell circulatori.
2. Establir criteris de distribució i implantació de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques.
3. Afavorir l'aplicació de les mesures preventives per a les malalties de l'aparell circulatori a l'atenció primària i promoure la determinació del risc vascular a l'atenció primària.
4. Promoure la detecció del risc vascular a l'atenció primària.
5. Promoure el diagnòstic, tractament i rehabilitació adequat de les malalties de l'aparell circulatori.

Es creen diferents grups de treball per dissenyar les línies d'actuació.

Pel que fa a l'organització del PDMAC, el Pla té una codirecció, una de les MCV i l'altra de les malalties cerebrovasculars. El Consell Assessor, format per representants d'organitzacions rellevants de la societat catalana que tinguin interès en la salut vascular. Dues comissions permanents amb la funció d'estudiar i elaborar les accions i propostes i els grups de treball, constituïts per persones expertes en l'àmbit específic que es tracti (*quadre 8*).

En relació amb l'anàlisi de la situació, el PDMAC ens assenyalava que les malalties de l'aparell circulatori són la primera causa de mortalitat en els països desenvolupats i constitueixen el problema de salut més prevalent. A continuació, presentem les dades que descriu el PDMAC pel que fa a la mortalitat i morbiditat.

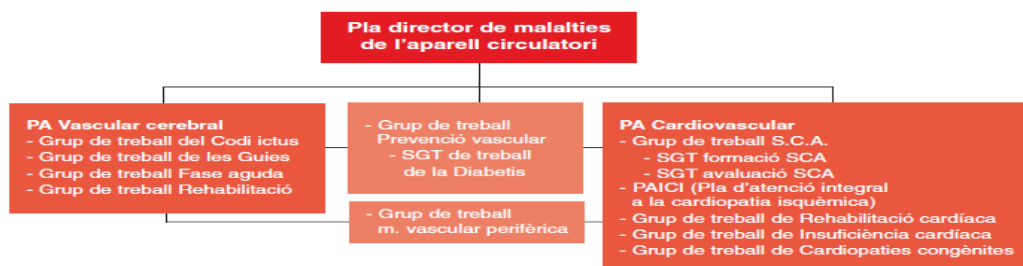
Quant a la mortalitat, el PDMAC assenyalava que representen la primera causa de mort en les dones i la segona en els homes.

La mortalitat per malalties de l'aparell circulatori augmenta amb l'edat i el punt d'inflexió a partir del qual es disparen les taxes és el de 65 anys en els homes i 75 anys en les dones.

En relació amb la morbiditat, el Pla fa referència a les altes hospitalàries. El grup d'edat amb més ingressos en els homes és el de 65-74 anys i, en les dones, el de 75-84 anys.

En les dades que descriu el Pla, queda palesa la diferència en la morbiditat i mortalitat amb relació al sexe.

Quadre 8



#### Grups de treball (GT) per al Pla d'atenció a la malaltia cardiovascular:

- GT de la Síndrome coronària aguda (SCA). Per definir un model d'atenció urgent a la SCA que permeti la pràctica dels tractament de revascularització adients.
  - Subgrup de treball (SGT) de formació SCA
  - Subgrup de treball d'avaluació SCA
- PAICI (Pla d'atenció integral a la cardiopatia isquèmica). Incorporar els seus grups de treball al de la SCA.
- GT de Cardiopaties congènites. Millorar l'atenció a les patologies congènites.
- GT de Rehabilitació cardíaca. Desenvolupar un model de rehabilitació cardíaca per a Catalunya, basat en l'educació per a la salut i l'adquisició d'estils de vida saludables.
- GT d'Insuficiència cardíaca. Desenvolupar un model d'atenció a la malaltia i coordinar els diferents nivells assistencials per tal d'evitar ingressos hospitalaris innecessaris.

#### Grups de treball per al Pla d'atenció a l'ictus:

- GT del Codi ICTUS. Desplegar l'aplicació del codi ictus arreu de Catalunya.
- GT de les Guies. Elaborar, desplegar, avaluar i fer el seguiment de la Guia de pràctica clínica de l'ictus i la Guia dels pacients amb ictus, a Catalunya.
- GT de la Fase Aguda. Implantar el model d'atenció a la fase inicial de la malaltia, incloent el transport sanitari.
- GT de la Rehabilitació. Implantació de les recomanacions de la Guia de pràctica clínica.
- GT de Retorn a la comunitat.

Font: PDMAC

El Pla descriu aquests indicadors en relació amb les següents patologies:

#### A. Cardiopatia isquèmica. *Infart agut de miocardi* (IAM)

Les dades que presenta el Pla es basen en les dades de REGICOR, el nombre d'homes que presenta IAM és major que el de les dones (en el període analitzat, 1990-1993, és de 5:1). L'informe assenyala que les dones presenten infarts més extensos que els homes i, en conseqüència, moren més les dones (1,56).

La mortalitat per malaltia isquèmica produeix un pic important als 65 anys en els homes i als 75 anys en les dones. A partir d'aquesta edat, augmenta de manera exponencial.

L'anàlisi del període (1990-1997) de les dades del REGICOR posa de manifest que:

- El 54% dels pacients que moren en els primers 28 dies per IAM ho fan fora dels hospitals.

- Els malalts d'edat avançada presenten una letalitat superior de més del 60%.
- La mortalitat prehospitalària és de més del 60% de la letalitat als 28 dies.

Aquestes dades no es mostren desagregades per sexe.

#### B. Malalties cerebrovasculars.

El Pla descriu les altes hospitalàries segons entitats diagnòstiques que integren les malalties cerebrovasculars a Catalunya (1996-2002). Aquestes dades no estan desagregades per sexe.

Amb relació als factors de risc, assenyala que els que més afecten les dones són la *hipertensió arterial* (HTA) i la fibril·lació auricular; la resta de factors es presenten més en homes (dades de l'informe de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona entre els anys 1998-2002).

Quant a l'anàlisi territorial de les hospitalitzacions, les dades estan desagregades per sexe

La mortalitat per malalties cerebrovasculars és més elevada en dones 58,6% (2003). El pic important de mort és a partir dels 65 anys i, a partir d'aquesta edat, augmenten les taxes específiques de manera exponencial. Aquest perfil és el mateix en tots els anys analitzats (1998-2003) pel Pla.

#### C. Insuficiència cardíaca congestiva no hipertensiva.

El Pla assenyala que la morbiditat per aquesta causa és més freqüent en dones que en homes. En relació amb la mortalitat per aquesta causa, l'any 2003 el 65,9% van ser dones enfront del 34% d'homes.

#### D. Cardiopaties congènites.

Aquestes malalties estan caracteritzades per malformacions en l'estructura del cor. A Catalunya s'estima que hi ha 15.000 nens/es afectats. La major part d'aquestes malalties tenen tractament quirúrgic. El Pla fa una descripció per grups d'edat i sexe.

El PDMAC fa anàlisi econòmica de les previsions de la despesa del Servei Català de la Salut que té previst gastar l'any 2006, que suposa el 15,1% del seu pressupost. La despesa hospitalària serà el primer capítol dels recursos dedicats, seguit de la farmacèutica.

En aquest apartat d'anàlisi de la situació, en referència a les morbiditats i mortalitats, les dades estan desagregades per sexe.



Quant a les propostes del Pla, diferencia quatre línies d'actuació i projectes en relació amb les malalties de l'aparell circulatori:

1. Cerebrovasculars
2. Cardiovasculars
3. Línies d'actuació i projectes comuns del Pla
4. Vascular perifèrica

**1.- Malalties cerebrovasculars.** El Pla descriu set apartats:

1. Anàlisi sobre l'atenció a l'ictus: el Pla es proposa fer una anàlisi territorial amb relació a l'atenció de l'ictus.

Arran de l'anàlisi de la situació, dins de les actuacions indicades, proposa la creació de diferents grups de treball amb professionals de cada Regió per analitzar i concretar la posada en marxa dels objectius assistencials definits.

2. Reduir la variabilitat de la pràctica clínica pel que fa a l'atenció a l'ictus, implementant les guies de la pràctica clínica de la malaltia vascular cerebral. S'ha elaborat la *Guia de pràctica clínica de l'ictus* (juny del 2005). Segons diu el Pla Director: "Les guies han deixat de ser només un instrument clínic, per convertir-se en una eina útil per als pacients i cuidadors".

Analitzem les següents guies:

*Guia adreçada a les persones afectades d'una malaltia vascular cerebral i als seus familiars i cuidadors* (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2005). En la guia no es fa menció al gènere ni a la distribució de l'ictus per sexe, és molt pràctica i entenedora. En relació amb el llenguatge, utilitza el masculí per referir-se als dos sexes. Tan sols en l'apartat dels "Trastorns emocionals", apareix la variant sexe en el llenguatge.

*Guia de pràctica clínica* (actualització 2007), guia institucional, impulsada des del Departament de Salut. El seu contingut és una adaptació de les guies internacionals i de l'evidència científica disponible en l'actualitat.

La guia comença descrivint l'epidemiologia de les *malalties vasculars cerebrals* (MVC). A Catalunya, la mortalitat global per MVC suposa el 9,2% de la mortalitat global, el 7,55% en homes i l'11,1% en dones.

El nombre d'altres hospitalàries no les desagrega per sexe i la prevalença d'aquest problema de salut (segons ESCA 2002) és de l'1,85% en homes i l'1,4% en dones per a totes les edats.

En relació amb els factors de risc més prevalents, en un estudi realitzat a l'Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona van registrar 1.126

episodis aguts consecutius de MCV en un període de cinc anys (1998-2002) amb aquests resultats:

- *Hipertensió Arterial* (HTA): 59,1% (el 53,7% d'homes i el 64,4% de dones).
- Fibril·lació auricular: 24,5% (el 28,5% d'homes i el 29,75% de dones).
- Dislipèmies: 20,8% (el 20,9% d'homes i el 20,75% de dones).
- Cardiopatia isquèmica: 17,4% (el 22,2% d'homes i el 12,8% de dones).

Quant al maneig de la persona amb ictus, ens parla de les diferents actuacions depenent d'ictus isquèmic, hemorràgia intracraneal, hemorràgia subaracnoide, trombosi de si i venes cerebrals, i ens mostren els elements que han d'intervenir en la cura d'aquestes situacions.

Dins del maneig de les persones amb ictus, fa referència a la prevenció secundària i a la importància de la seva implementació, ja que el 30%-43% de les persones que han tingut un ictus en tindran un altre en els 5 anys posteriors. No fa cap referència si hi ha alguna diferència per sexe.

La guia assenyala els elements que haurien de ser presents en la prevenció secundària, que són els estils de vida: tabac, activitat física, obesitat, consum d'alcohol (no distingeix per sexe), pressió arterial, diabetis, hiperlipèmies, *tractament hormonal substitutiu* (THS). Assenyala que no és recomanable en dones postmenopàusiques i cita un estudi.

En relació amb la medicació, no fa referència al sexe.

Després la guia descriu la rehabilitació que s'ha de seguir i la planificació de la tornada a la llar; té un apartat dedicat a la sexualitat després de l'ictus, fent referència sempre al pacient.

La guia no fa menció a les actuacions relacionades amb el gènere de la persona afectada, el llenguatge que utilitza sol ser en masculí per referir-se als dos sexes.

La guia no fa referència en cap moment al gènere.

Si analitzem per sexes l'equip de redacció i col·laboradors/es, observem que les dones en formen part en un percentatge important.

	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
Comitè de redacció	60% (3)	40% (2)
Equip de redacció	58% (18)	42% (13)
Comissió Permanent	66% (10)	33% (5)
Revisors/es externs	69,7% (53)	30,2% (23)

3. Atenció urgent a l'ictus. Codi ICTUS, aconseguir un trànsit ràpid a l'hospital. El tractament endovenós amb fibrinolítics dins de les primeres 3 hores, en pacients amb ictus isquèmics que compleixen uns determinats criteris, és un tractament efectiu que pot evitar una mort o una dependència per cada set pacients tractats. El Pla no fa referència a la distribució per sexe en relació amb l'hora de demanar atenció per part de la persona afectada i dels temps de tardança fins a l'atenció urgent.

4. Rehabilitació de l'ictus. L'atenció integral en tots els aspectes on hi ha afectació clínica (fisioteràpia, teràpia ocupacional, logopèdia i reinserció a la comunitat).

5. *Atenció a l'ictus transitori* (AIT). Iniciar un programa de detecció dels AIT en l'Atenció Primària.

6. Programes de formació tant per als professionals com per als pacients i cuidadors implicats en l'atenció a l'ictus. En cap moment assenyalava la integració de la perspectiva de gènere dins d'aquests programes.

7. Recerca clínica, epidemiològica i de serveis sanitaris, coordinació amb el Pla de Recerca.

**2.- Malalties Cardiovasculars.** El Pla descriu diversos apartats:

1. *Síndrome Coronària Aguda* (SCA): el Pla assenyalava que, de la rapidesa i coordinació en l'atenció, en depèn el pronòstic de la malaltia.

Per fer realitat els objectius del Pla en relació amb la SCA, el Pla assenyalava que caldrà:

a) Millorar el temps de resposta del sistema sanitari davant la sospita d'un infart.

b) Millorar els temps de resposta dels serveis d'urgències dels hospitals terciaris i no terciaris i el codi infart i centres d'infart que permetin la posta en marxa del dispositiu assistencial necessari i el trasllat directe al centre amb unitat coronària i capacitat tecnològica més proper.

c) Crear un programa d'angioplàstia primària i d'angioplàstia urgent.

d) Promoure, en cooperació amb l'Institut d'Estudis de la Salut, activitats de formació dels professionals de transport sanitari i dels serveis d'urgències dels hospitals en el maneig de la SCA.

e) Crear un sistema d'informació permanent que permeti l'avaluació i el seguiment del maneig de la SCA a Catalunya a fi d'estudiar l'efecte de les mesures adoptades i valorar les necessitats de canvis.

**Per tal d'assolir aquests objectius, el Pla proposa la posta en marxa d'aquest projecte des d'un marc general i considerant de manera específica la perspectiva de gènere.** (Ho remarcuem en negreta, per la menció que fa el Pla al gènere, referència dos articles, MARRUGAT, 2002 i 2001).

L'objectiu que proposa és dissenyar un model d'atenció urgent a la SCA, per tal de reduir el temps d'atenció (temps d'avís-arribada/arribada/admissió hospital/arribada hospital-atenció), fer un diagnòstic precoç i un tractament ràpid i eficaç.

## *2. Insuficiència cardíaca (IC)*

Com a objectiu, el Pla proposa establir un model d'atenció a la IC que permeti la reducció dels ingressos i, com a projecte, dissenyar una guia sobre diagnòstic i tractament i control de la insuficiència cardíaca.

## *3. Millorar l'atenció a la cardiopatia congènita*

Els infants amb malformacions del cor i grans vasos requereixen atenció des del naixement per diversos professionals. El Pla assenyala que cal crear una xarxa territorial de professionals coordinats i un centre o centres de referència per a tot Catalunya.

## *4. Rehabilitació*

El Pla assenyala que hi ha evidència que la rehabilitació cardíaca facilita la reincorporació a la vida habitual de la persona afectada. No ens parla en cap moment de la relació del gènere amb els estils de vida.

## *5. Recerca*

Ens parla que, per implantar noves tecnologies, requereix una avaluació prèvia de la seva eficàcia i cost-efectivitat.

També assenyala que el Pla promourà la recerca cardiovascular, valorant la que està orientada al coneixement epidemiològic de la malaltia, els seus factors de risc, el procés assistencial i la utilització dels serveis.

## **3. Línies d'actuació i projectes comuns del Pla**

L'àmbit de la prevenció és comú als dos plans, ja que comparteixen diversos factors de risc com són la HTA, el tabaquisme, la hipercolesterolèmia, el sedentarisme i la diabetis. Aquests factors de risc estan relacionats amb estils de vida.

Proposa, com a objectiu, augmentar la valoració del risc global de la malaltia vascular.

#### **4. Malaltia vascular perifèrica**

El Pla ressenya que les persones amb claudicació intermitent presenten una alta incidència de malaltia coronària. Proposa determinar la mesura de l'índex turmell/braç en l'àmbit de l'APS. No fa referència al sexe.

En les propostes d'actuació, no queda reflectida l'especificitat de salut de les dones en relació amb les malalties de l'aparell circulatori, amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats, tal com diu l'article 2.2 del decret de creació del PDMAC.

Dels sis documents bibliogràfics referenciats, dos fan menció a la relació del sexe/gènere amb el problema de salut descrit.

El Pla continua amb l'apartat del "Mapa sanitari", fent referència als principis que orienten les polítiques de salut i de serveis del sistema públic de salut de Catalunya, que són l'equitat, l'eficàcia, la sostenibilitat i la satisfacció dels ciutadans amb el servei. En la planificació dels serveis, aquests principis es tradueixen en l'accessibilitat (espacial, temporal, social i cultural), qualitat en els resultats i en el procés i el cost de les intervencions.

El Mapa Sanitari, en l'apartat de la "*Síndrome Coronària Aguda (SCA)*", el Pla inclou el treball de planificació dels serveis per a l'atenció de la SCA.

Des de la perspectiva de la prevenció, és fonamental la promoció d'hàbits saludables i la detecció i control dels factors de risc coneguts, els quals formen part de les intervencions prioritzades del Pla de Salut de Catalunya.

El PDMAC compta amb un grup de treball sobre el paper de l'atenció primària en relació amb la prevenció i, entre les propostes, s'inclou la predicció de risc de cardiopatia isquèmica segons les taules adaptades a la població catalana.

El Pla assenyala que, en l'abordatge de la SCA, destaca el tractament en la fase aguda per la seva importància vital i econòmica, la necessitat del transport urgent i l'elevada dotació tecnològica que requereix per a un tractament adient.

En l'*infart agut de miocardi* (IAM) amb elevació del segment ST de l'electrocardiograma, l'acció terapèutica ha de ser ràpida i especialitzada, perquè en aquests casos és possible la recanalització del vas obstruït mitjançant la revascularització farmacològica o fibrinòlisi i la revascularització mecànica o angioplàstia transluminal percutània (angioplàstia primària).

El Pla assenyala que la fibrinòlisi pot ser realitzada a l'hospital o prehospitalària (al domicili o en ambulància de transport sanitari de suport vital avançat medicalitzat),

mentre que l'angioplàstia sempre s'ha de practicar en un hospital dotat de laboratori d'hemodinàmica. El Pla assenyala que les guies actuals consideren que la terapèutica ideal, en cas de IAM amb elevació segment ST, és la pràctica de l'angioplàstia primària.

En relació amb els criteris de planificació de serveis, el Pla assenyala que se centraran en el desenvolupament del Codi Infart al conjunt de Catalunya i el desplegament progressiu de l'angioplàstia primària en els casos en què es pot treure un major benefici i l'adaptació del transport sanitari urgent per tal d'atendre i traslladar pacients afectats.

En aquest sentit, la definició de criteris de planificació de serveis se centra segons el Pla en el desenvolupament del Codi Infart a tot Catalunya.

El Pla assenyala que l'objectiu del Codi Infart és prioritzar al màxim la resposta del sistema sanitari per tal que el pacient rebi, en el mínim temps i dins dels intervals establerts, les mesures diagnòstiques i terapèutiques apropiades en els diferents punts de la xarxa assistencial.

S'entén per *Codi Infart* el conjunt de mesures a activar quan un pacient entra en contacte amb la xarxa assistencial i té o és sospitós de tenir una *síndrome coronària aguda* (SCA). L'activació del Codi Infart implica que el pacient és candidat a ingrés a una unitat coronària, o també si ho és a una de les dues formes de tractament de reperfusió de la SCA: fibrinòlisi i angioplàstia primària.

El Pla assenyala que, si la persona és candidata a fibrinòlisi (SCA amb elevació del segment ST en les tres primeres hores d'evolució), el metge administrarà el fibrinolític al lloc de la primera atenció i s'organitza el trasllat medicalitzat a la unitat coronària del centre receptor de referència.

Si per al candidat a angioplàstia primària (SCA amb elevació del segment ST de més de tres hores i menys de dotze hores d'evolució) pot assegurar-se l'angioplàstia en menys de 90 minuts des del diagnòstic, s'organitza el trasllat medicalitzat al centre receptor amb activació de l'alerta al laboratori d'hemodinàmica.

El Pla continua dient que, si no és candidat a tractament de reperfusió immediata (SCA sense elevació del segment ST o amb elevació del segment ST de més de 12 h), es trasllada a la unitat coronària del centre receptor.

Quant als pacients amb la sospita de síndrome coronària aguda, caldrà que tinguin garantit:

1. L'accés ràpid a l'assistència mèdica del nivell precís amb el transport sanitari urgent.
2. La utilització dels mitjans diagnòstics i terapèutics basats en l'evidència científica i que aquests siguin els més eficaços.

El Pla presenta la distribució de casos d'angioplastia primària per regions sanitàries i segons horari d'atenció, no realitza la desagregació de les dades per sexe.

El Pla tampoc no fa cap referència a la relació del sexe de la persona que sofreix un SCA i la tardança a demanar atenció el temps d'avís-arribada/arribada/admissió hospital/arribada hospital-atenció, tot i que hi ha estudis realitzats en relació amb la tardança de les dones a arribar al sistema sanitari.

Amb relació a la malaltia vascular cerebral, el Mapa Sanitari del Pla també fa ressenya a la territorialització del *Codi Ictus* (CI), per tal d'aconseguir escurçar el temps entre l'inici dels símptomes i l'atenció al pacient.

En l'abordatge de l'ictus isquèmic, destaca el tractament trombolític amb rTPA (*Tromboplastina Parcial Activada*) en la fase hiperaguda, en les tres primeres hores des de l'inici dels símptomes, tal com diu el Pla per la seva importància vital i econòmica.

El Pla desenvolupa els criteris de planificació de serveis en relació amb l'atenció de l'ictus, atenent principalment:

- Al temps de desplaçament (isòcrones): estimació del temps de trasllat entre centres i/o poblacions tenint en compte la finestra terapèutica rTPA. La distància és un criteri determinant per a la designació d'algun centre de referència.
- A l'expertesa clínica atenent a la casuística: increment significatiu de la mortalitat intrahospitalària en pacients tractats amb rTPA en centres amb poca expertesa. Així, doncs, l'èxit de la trombolisi està relacionat amb la casuística. De tots els CI potencials, només del 8% al 12% dels pacients rep, finalment, rTPA.
- Al volum de casos esperats en funció de la població: la taxa d'incidència de CI potencials és el quocient del nombre global de CI potencials el 2003 (5.040) amb la població catalana del mateix any (6.704.146). La taxa resultant és de 75,18 CI x 100.000 habitants/any.

El Pla no fa referència al sexe amb relació al temps que es presta l'atenció.

En relació amb el seguiment i avaluació del Pla, els objectius definint indicadors que ens marca el Pla són:

- Reduir la mortalitat per malaltia coronària en un 15%.
- Reduir la mortalitat per ictus en un 15%.
- Incrementar en un 50% la proporció de persones hipertenses que estan ben controlades.

- Incrementar en un 50% la proporció de persones amb hipercolesterolèmia ben controlades.
- Reduir la incidència d'ictus.
- Millorar la supervivència i la qualitat de vida dels pacients amb ictus.
- Millorar la supervivència i la qualitat de vida dels pacients amb malaltia coronària.
- Millorar l'accessibilitat de la població a l'atenció urgent de l'ictus.
- Determinació del risc coronari a l'atenció primària.
- Millorar l'accessibilitat de la població a l'atenció urgent de l'infart.
- Afavorir l'aplicació de les mesures preventives per a les malalties de l'aparell circulatori a l'atenció primària.

Observem que no hi ha cap objectiu que faci menció als apartats del Decret 28/2006 de 28 de febrer en relació amb el gènere, tal com assenyala l'article 2.2:

En el desenvolupament d'aquestes funcions, es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats.

(GENERALITAT DE CATALUNYA, 2006)

#### 4.5.1. INDICADORS DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DEL *PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES DE L'APARELL CIRCULATORI* (PDMAC)

**D1.- VISIBILITAT.** Aquestes dades estan extretes de l'apartat "Anàlisi de la situació" del PDMAC.

<b>DISGREGACIÓ DE DADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NC</b>
Morbiditat	X		
Mortalitat	X		
Grups edat	X		
Factors de risc		X	
Classe social			x
Àrees geogràfiques	X		
Mortalitat hospitalària		X	
Totes les dades estadístiques		X	



En el PDMAC, hi ha dades desagregades per sexe, però constatem que no hi ha una explicació en les diferències trobades ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

## D2- PARTICIPACIÓ

### 1.- Participants del PDMAC.

<i><b>Participants del Pla</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
Equip Pla Director	42,8% ( 3 )	57,1 % (4)
Col·laboradors/es Departament	42,5% (23)	57,4% (31)
Consell Assessor	33,3% (19)	66,6% (38)
Comissió Permanent Vasculars cerebrals	52,6% (10)	47,3% (9)
<i>Comissió Permanent Cardiovasculars</i>	21,4% (3)	78,5% (11)

### GRUPS DE TREBALL DEL PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES CARDIOVASCULARS (PDMCV)

<i><b>Grups de treball</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA	36,8% (7)	63,1% (12)
SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	15% (3)	85% (17)
AVALUACIÓ EN LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	16,6% (1)	83,5% (5)
FORMACIÓ EN LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	0 % (0)	100% (9)
ANGIOPLÀSTIA PRIMÀRIA	9,1 % (1)	90,9% (10)
CODI INFART	12,5% (1)	87,5% (7)
PREVENCIÓ VASCULAR	38,8% (7)	61,1% (11)
DIABETIS	14,2% (2)	85,7% (12)

CARDIOPATIES CONGÈNITES	35,2% (6)	64,7% (11)
MALALTIA VASCULAR PERIFÈRICA	0 % (0)	100% (8)
REHABILITACIÓ CARDÍACA	33,3% (6)	66,6% (12)

#### COORDINACIÓ DELS GRUPS DE TREBALL DEL PDMCV

<b>COORDINACIÓ</b>	<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA		1
SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA		1
AVALUACIÓ EN LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	NC	NC
FORMACIÓ EN LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	NC	NC
ANGIOPLÀSTIA PRIMÀRIA	NC	NC
CODI INFART	NC	NC
PREVENCIÓ VASCULAR		1
DIABETIS		1
CARDIOPATIES CONGÈNITES		1
MALALTIA VASCULAR PERIFÈRICA		1
REHABILITACIÓ CARDÍACA		1

(NC: No consta).

#### GRUPS DE TREBALL DEL PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES CEREBROVASCULARS (PDMCV)

<b>Grups de treball</b>	<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
VASCULARS CEREBRALS	10% (1)	90% (9)
REHABILITACIÓ	71,7% (10)	28,5% (4)

En el Consell Assessor participem membres d'associacions professionals.

Les persones que han participat en la redacció del pla no tenen formació en la relació de gènere i les MCV.

No es va plantejar la incorporació al grup de persones amb formació de gènere.

### **D3- LLENGUATGE**

El Pla no està redactat amb un llenguatge integrador, ni visibilitza per igual homes i dones.

No transmet imatges estereotipades en funció del sexe. En la portada, es veu una figura difuminada corrent.

### **D4- ENFOCAMENT DE GÈNERE**

En relació amb la bibliografia citada en l'apartat de "Propostes", de sis citacions, dues fan referència al sexe/gènere en relació amb la mortalitat del IAM.

En l'apartat del "Mapa sanitari", de tretze citacions, cap no fa referència al sexe/gènere

En la bibliografia general referenciada en el Pla, de quinze citacions, cap no fa referència al sexe/gènere i les malalties de l'aparell circulatori.

En el treball de camp, hem realitzat entrevistes a les persones implicades en el disseny i redacció del Pla; hem constatat que no s'ha subministrat per part de la direcció del Pla cap tipus de documentació de suport a les persones que constitueixen els equips del Pla, col·laboradors, Consell Assessor, Comissió Permanent, grups de treball per facilitar la incorporació de l'enfocament de gènere al seu treball.

També hem constatat que no s'ha realitzat cap activitat de formació en gènere per a les persones que integren els grups de treball, prèviament, a l'inici del treball.

No s'han incorporat als grups de treball persones amb formació de gènere.

### **D5- TRANSVERSALITAT**

No es contempla la integració de la perspectiva de gènere de forma explícita com un dels eixos en tots els apartats del Pla Director.

No s'ha treballat conjuntament amb altres departaments (Comissió Interdepartamental...), per veure la implicació d'alguna mesura amb altres departaments de la Generalitat.

## OBJECTIUS

<b>Objectius</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi		X
Tenen en compte que els determinants de salut d'homes i dones són diferents		X
<i>Impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere</i>		X

## PROPOSTES

<b>Propostes</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades per sexe		X
Tenen en compte la perspectiva de gènere		X
Tenen en compte disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent		X
Propostes de recerca en relació amb el gènere i el Pla Director		X
<i>Es promouen accions per assolir la formació</i>		X

#### 4.5.2. ANÀLISI DE LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE DEL PDMAC

En l'anàlisi del PDMAC, aprofundirem més en la part del PDMCV, objecte del nostre estudi. En el moment de redactar el Pla Director, nombroses publicacions en diferents revistes científiques posaven en evidència que les diferències biològiques i el gènere com a construcció social influïen en el procés de les MCV i en la manca d'esforç terapèutic vers les dones.

En el decret de creació de Pla Director i del seu Consell Assessor, després d'assenyalar les funcions, ens diu que el desenvolupament d'aquestes funcions es faran tenint en compte el gènere i les especificitats de salut de les dones per oferir una atenció integral. Anem a analitzar les dimensions que hem considerat que havien de ser presents en el desenvolupament de les polítiques en la perspectiva del gènere.

En relació amb la **visibilitat**, la base de qualsevol planificació és partir de l'anàlisi de la situació i, per poder analitzar les dades amb fiabilitat, cal tenir-les desagregades per sexe. El Pla ens presenta una descripció de la morbiditat i mortalitat desagregada per sexe, però no recull els factors de risc en relació amb les morbiditats assenyalades desagregats per sexe. En el Pla, pel que fa a les diferències trobades, no hi ha una explicació, ni una posterior anàlisi, ni recerca, ni indicadors de gènere. Es limita a una simple descripció.

En un article de la *Gaceta Sanitària* el 2004, es publicava: "La cardiopatia isquèmica és un procés multifactorial, hi ha evidències que està relacionada amb determinats factors de risc, com la HTA, les dislipèmies, la diabetis mellitus, el consum de tabac o el sedentarisme. Aquests factors de risc poden actuar de manera diferent entre dones i homes, cosa que assenyalava la importància d'establir pautes d'actuació preventiva i terapèutica diferents segon el sexe i amb perspectiva de gènere" (ROLFHS [et al.], 2004).

El 1991 en la *Revista Española de Cardiología*, es publicava un article sobre la "Supervivencia a los 10 años de una cohorte de 736 pacientes con un primer infarto de miocardio: ¿Diferencias entre sexos?", que apuntava diferències que en estudis posteriors s'han evidenciat (MARRUGAT [et al.], 1991).

En la publicació en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA) el 1998, arribaven a la conclusió que:

En aquest estudi de població, les dones experimenten més letalitat i gravetat en el primer infart agut de miocardi que els homes, independentment de la comorbiditat, l'edat anterior o l'angina de pit.

La taxa de mortalitat després d'un primer infart és més elevada en les dones. Al cap de 28 dies després d'haver patit l'infart, més del 18% de les dones morien enfront del 8% dels homes i, sis mesos després, quasi el 26% de les dones havia mort enfront del 12% dels homes.

Les dones tarden més a acudir a l'hospital, i tardaven més a ser ateses i a rebre tractament trombolític.

(MARRUGAT [et al.], 1998)

Amb relació a la presentació de la *cardiopatia isquèmica* (CI), en l'article de la *Gaceta Sanitaria* publicat el 2004, "Género y Cardiopatía Isquémica", ens assenyala:

Les manifestacions clíniques de la CI s'han estudiat més intensament i específicament en l'home que en la dona. Així, el quadre clínic considerat com típic en l'home (dolor precordial desencadenat per l'esforç, amb irradiació a la mandíbula i/o braç, acompanyat de símptomes vagals, com nàusees o vòmit i dispnea ) no té perquè correspondre al de la dona, en la qual tendeix a definir-se erròniament com atípic o anormal.

(ROLFHS [et al.], 2004)

Aquesta característica no es reflecteix en el Pla Director i pot estar relacionada amb la tardança de les dones a demanar atenció i en la manca d'esforç terapèutic.

En el Pla Director no apareixen dades referents a la classe social i el sexe amb relació a la morbiditat i la mortalitat.

No totes les dades estan desagregades per sexe i de les desagregades no es realitza la posterior anàlisi de les dades, ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

En relació amb la **participació** dels diferents "actors" del Pla (segons ho anomena el Pla), l'equip del Pla i els col·laboradors/es del Departament de Salut són bastant paritaris, no així el Consell Assessor i alguns grups de treball, sobretot els que fan referència a la part de les malalties cardiovasculars (insuficiència cardíaca, síndrome coronària aguda, angioplàsties, codi infart, en el de la Formació en la Síndrome Coronària tots els components del grup són homes), fet que demostra que la cardiologia encara continua sent una especialitat molt masculinitzada.

Vam preguntar a les persones implicades en l'elaboració del Pla si les persones que hi havien participat tenien formació en gènere o si s'havia previst la incorporació de persones amb formació en gènere i van respondre'ns que no.

En relació amb el **llenguatge** que s'utilitza, s'empra el masculí per referir-se als dos sexes i la imatge que utilitza en la portada és la d'una persona difuminada que està corrent.

Amb relació a la **bibliografia** citada en el Pla, en l'apartat de "Propostes", de sis citacions dues fan referència al sexe/gènere en relació amb la mortalitat del IAM; en l'apartat del "Mapa sanitari", de tretze citacions, cap no fa referència al sexe/gènere. En la bibliografia general referenciada en el Pla, de quinze citacions cap no fa referència al sexe gènere i a les malalties de l'aparell circulatori.

Quant al **gènere com a determinant** en les MCV, no queda reflectit en el document. En una de les línies d'actuació, al referir-se a la síndrome coronària aguda, anomena la importància de la rapidesa i coordinació en l'atenció de la qual depèn el pronòstic de la malaltia. Per assolir aquests objectius, el Pla proposa posar en marxa un projecte, tenint en compte de manera específica la perspectiva de gènere i assenjala com a referència bibliogràfica l'estudi REGICOR. Cap objectiu fa referència explícita a millorar el temps de símptoma/ demanar ajuda/ resposta del sistema sanitari.

A les persones implicades en l'elaboració del Pla, els vam preguntar si havien subministrat documentació per facilitar la incorporació de la perspectiva de gènere en tot el Pla. La resposta va ser que no, ni es va tenir en compte incorporar persones en formació de gènere per a l'elaboració del Pla.

En la formulació dels objectius, no es tenen en compte els resultats de les dades desagregades, ni que els determinants ni que els factors de risc en relació amb les MCV són diferents en els homes i les dones.

No es formulen objectius específics amb relació a la recerca d'indicadors sensibles al gènere. No hi ha cap proposta per disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent en relació amb les MCV.

La voluntat política pel que fa a la integració de la perspectiva de gènere en el Pla, segons assenjala el Decret de creació, no queda reflectida en el document que ha de desenvolupar-la (segona fase del desenvolupament d'una política pública).

#### 4.5.3. DESCRIPCIÓ I ANÀLISI DEL REGISTRE GIRONÍ DEL COR. ESTUDI REGICOR a les comarques de Girona 1978-2008

Hem volgut analitzar la publicació del *REGISTRE GIRONÍ DEL COR. ESTUDI REGICOR* a les comarques de Girona 1978-2008, ja que és un estudi de referència en relació amb la cardiopatia isquèmica i per la seva relació amb el PDMCV.

El *Registre Gironí del Cor* (REGICOR) és un estudi clínic-epidemiològic, hospitalari i de població que té com a objectiu principal estudiar la magnitud de la *cardiopatia isquèmica* (CI) i els seus factors de risc a escala poblacional, a més de monitorar la utilització dels recursos sanitaris i el pronòstic d'aquesta malaltia i els seus factors de risc al llarg del temps.

L'estudi REGICOR, tal com assenjala la màxima representant del Departament de Salut en la presentació de la publicació, no solament ha fet contribucions importants en l'àmbit epidemiològic, sinó que ha fet aportacions molt significatives en la planificació i reordenació dels serveis sanitaris, a més a més, generant un volum de publicacions important. També assenjala la importància que ha tingut REGICOR en el desenvolupament del Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori (la part de les malalties cardiovasculars) en les figures del president del Consell Assessor i el director del Pla.

L'àrea de referència del REGICOR inclou sis comarques de la província de Girona: l'Alt Empordà, el Baix Empordà, la Selva, el Gironès, la Garrotxa i el Pla de l'Estany. Aquesta zona geogràfica té una superfície de 4.610,8 km<sup>2</sup> i una població de 608.730 habitants.

Els objectius fonamentals de l'estudi REGICOR són:

1. Mantenir un sistema estable estandarditzat de monitoratge continuat per a la població de 35 a 74 anys, o periòdic per als més grans de 75 anys, de la incidència de IAM, que permeti detectar canvis en les tendències i comparar-les amb altres regions del món.
2. Mantenir un sistema estable estandarditzat de monitoratge periòdic de la prevalença dels factors de risc de la malaltia arterioscleròtica que permeti detectar canvis en les tendències i comparar-les amb altres regions del món.
3. Posar a l'abast de la planificació sanitària instruments de mesura de l'impacte de les propostes d'intervenció dels programes de salut pública (incidència de IAM i variació en la prevalença i control dels factors de risc cardiovascular).
4. Construir una base sòlida per crear funcions de risc pròpies amb els factors de risc clàssics i nous (dieta i activitat física), i contribuir a desenvolupar instruments que promoguin l'automesura i la participació de la població en la prevenció de les malalties cardiovasculars.
5. Analitzar l'efectivitat dels nous tractaments, la importància dels quals s'ha demostrat en assaigs clínics en pacients amb IAM, en diferents nivells d'assistència.
6. Contribuir al coneixement dels aspectes genètics i de la interacció gen-ambient de les malalties cardiovasculars i els seus factors de risc mitjançant estudis de *genome-wide scan*.
7. Desenvolupar instruments de mesura de la dieta vàlids per utilitzar-los en l'atenció primària i avaluar la qualitat de la dieta de la població.
8. Analitzar els mecanismes patogenètics dels factors dietètics relacionats amb el IAM, l'obesitat i la diabetis.



En l'estudi de prevalença de factors de risc, les mesures realitzades per a l'estudi són:

- *Índex de massa corporal* (IMC)
- *Tensió arterial* (TA)
- *Electrocardiograma* (ECG)
- Anàlítica (colesterol total, colesterol HDL, triglicèrids)
- Alteracions metabòliques de la glucosa
- Risc cardiovascular (amb les taules de REGICOR)
- Qüestionari de l'activitat física en el temps lliure (Minnesota)
- Qüestionari recordatori de la ingesta alimentària de tres dies

Els resultats de l'estudi, actualitzats al juny del 2007, són:

En relació amb la incidència, mortalitat i letalitat de l'infart de miocardi, l'estudi conclou que les taxes d'incidència, hospitalització i letalitat amb relació al IAM augmenten marcadament amb l'edat, especialment, per sobre dels 65 anys. La fibrinòlisi, el tractament amb antiplaquetaris i beta-bloquejadors, l'ús del cateterisme coronari i la revascularització disminueixen amb l'edat. En relació amb els pacients que arriben a l'hospital, conclouen que els pacients que es dirigeixen directament a l'hospital i els que tenen símptomes típics sobreviuen millor al cap de 28 dies de l'inici dels símptomes.

Quant a la prevalença de factors de risc cardiovascular, la prevalença de diabetis mellitus en la població de 25 a 74 anys de Girona és més gran en homes i augmenta amb l'edat.

Els factors de risc cardiovascular apareixen amb freqüència simultània en un mateix individu.

La distribució està desglossada per sexe.

En relació amb els aspectes clínics de l'atenció en l'infart agut de miocardi, en les darreres dues dècades s'han produïts canvis substancials terapèutics i en el maneig dels pacients amb IAM amb l'ús de l'àcid acetilsalicílic, beta-blocadors, trombólisi, coronariografia i angioplàstia. No donen resultats per sexe en la reducció de la mortalitat.

Quant als factors relacionats amb el pronòstic del IAM, els pacients en hiperglucèmia en l'ingrés eren més grans i més sovint eren dones, que van tenir més complicacions i una mortalitat més alta als 28 dies.

En relació amb el sexe i supervivència al IAM, l'informe diu: "Tot i que les taxes de mortalitat i d'incidència per IAM són més elevades en homes que en dones, la mortalitat després d'un IAM sembla pitjor en les dones que en

els homes, fins i tot, després d'ajustar per les diferències d'edat i comorbiditat entre els sexes”.

L'informe fa referència a un estudi col·laboratiu en tres hospitals universitaris de Catalunya on es van reunir pacients d'edat fins a 80 anys amb un primer IAM (331 dones i 1.129 homes), van analitzar-ne la supervivència al cap de 28 dies i la mortalitat o reingrés al cap de 6 mesos. La mitjana d'edat en les dones era de 68,6 anys, enfront dels 60,1 anys en els homes. Presentaven amb més freqüència diabetis les dones, el 52,9% enfront del 23,3% dels homes. En relació amb la HTA, les dones la presentaven en el 63,9% enfront del 42,3% dels homes. Van presentar IAM més greus el 24,8% de les dones més que els homes. Els homes van rebre tractament trombolític més sovint (el 41,3% enfront del 23,9%), però les taxes d'angioplàstia transluminal percutània i de cirurgia de revascularització coronària al cap de 28 dies van ser similars.

La mortalitat en 28 dies va ser significativament més alta en les dones.

En aquest estudi de població, les dones van presentar primers IAM més greus i més letals que els homes, independentment de l'edat, comorbiditat i angina prèvia.

Es va trobar una interacció significativa entre sexe i edat per a la mortalitat al cap de 28 dies.

En relació amb els patrons dietètics a la província de Girona, l'estudi assenyala que el consum de fruites i verdures és més baix en homes.

L'associació de l'*índex de massa corporal* (IMC) amb el colesterol total i el LDL poden explicar que el *risc cardiovascular* (RCV) és més baix en les dones comparat amb els homes d'IMC similar.

El consum d'alcohol es va relacionar favorablement amb el perfil de RCV en les dones, però no en els homes.

L'estudi REGICOR l'any 95 va començar a estudiar una línia d'investigació amb genètica.

## INTERPRETACIÓ 30 ANYS DE TROBALLES REGICOR

La reducció de la mortalitat al cap de 28 dies observada en el registre de pacients amb IAM del REGICOR s'explica, en bona part, per l'ús de fàrmacs nous com l'*àcid acetilsalicílic* (AAS) o la trombòlisi, també per la millora del transport sanitari.

L'any 2000 les societats europees i americanes de cardiologia van adoptar un nou sistema de diagnòstic del IAM que incloïa la determinació de troponines; la utilització

de troponines (més sensible) en el diagnòstic IAM augmenta el nombre de diagnòstics d' IAM en un 20%.

En el terreny de la magnitud del problema, l'informe destaca que no han observat globalment cap canvi en la incidència de IAM a la regió: "Malgrat tot, els homes menors de 65 anys han vist reduïda la incidència significativament entre els anys 1990 i 1999. En canvi, la tendència en la població masculina de 65 a 74 anys, malgrat no ser significativa, sembla augmentar". No fa cap referència al sexe femení.

En relació amb la prevalença dels factors de risc cardiovasculars i estils de vida, l'informe assenyala que, entre el 1995 i el 2005, en el terreny del colesterol i la pressió arterial ha millorat, no així el consum de tabac, que ha augmentat molt entre les dones joves. L'impacte més important d'aquest canvi en els hàbits de les dones, juntament amb l'increment sostingut dels darrers 10 anys de l'índex de massa corporal que s'ha observat en els homes, tardaran a traduir-se en taxes de mortalitat i incidència de IAM.

Quant als reptes per al futur immediat, l'estudi REGICOR assenyala que caldrà reorientar la recerca i les necessitats del sistema d'informació de l'epidemiologia cardiovascular cap a la continuació del monitoratge de la incidència del IAM i prevalença de factors de risc i dóna un èmfasi especial a:

- a) Determinar els efectes de la llei antitabac en el nombre d'hospitalitzats per malalties coronàries i altres derivades del consum del tabac.
- b) Tenir en compte els fenòmens migratoris que estem rebent i començar a incloure en el registre i en els estudis transversals de factors de risc la població immigrant que s'estabilitzi en el territori, cobert per l'estudi REGICOR per conèixer la dimensió del risc i la magnitud del problema de la cardiopatia isquèmica en aquest col·lectiu, certament, encara jove.
- c) Interessar-nos a conèixer l'impacte de la utilització sistemàtica de les troponines en el diagnòstic del IAM. En aquest sentit, assenyalen que ja es té un conjunt d'anys a partir del 2000 que permetrà establir un factor de correcció en les taxes d'incidència per poder seguir avaluant les tendències en el temps i corregir la novetat diagnòstica.
- d) Avaluar en totes les cohorts de base poblacional possibles d'Espanya (és un repte encara pendent) la funció de risc cardiovascular adaptada que hem desenvolupat i que ja és oficial a Catalunya, el País Basc i les Illes Balears. Igualment, també s'utilitza de manera regular en moltes altres comunitats autònomes. Ha estat recentment motiu d'una moció, aprovada

unànimement per part del Senat, d'exhortar el Govern espanyol per tal que se'n promogui l'ús sistemàtic en tot l'Estat. Caldrà estimular, consolidar i alimentar aquesta aportació que fa Catalunya a l'Estat.

e) Entendre l'envelliment de la població com un nou repte a causa de l'augment implícit que representa de les taxes d'incidència i de mortalitat per malalties cardiovasculars en general i coronària en particular. Ara més que mai hem d'aconseguir afegir qualitat de vida i anys de vida lliures de malaltia en la població. Probablement, haurem d'estendre durant un parell d'anys el registre a totes les edats i disposar d'un element de comparació amb el que ja vam realitzar els anys 1997 i 1998, fa precisament deu anys.

f) Utilitzar les dades que es van acumulant sobre l'evolució de la incidència, la letalitat, la mortalitat i la prevalença de factors de risc cardiovascular per avaluar si s'assoleixen els objectius del Pla de Salut de Catalunya.

g) Evidenciar que la recerca en els factors genètics, altres marcadors de risc i marcadors de placa inestable, implicats en la malaltia coronària, també ens ajudarà a millorar-ne la predicció i la prevenció, tot i que aquest impuls trigarà encara alguns lustres. Assenyalen que la participació de l'estudi en aquest tipus de recerca és prioritari i possible gràcies a la previsió que vam fer els anys 90 de crear una DNAteca, que actualment és de les més grans del món, tant pel que fa a població general com específica de malalts coronaris.

En els reptes per al futur immediat en l'estudi REGICOR no fan cap referència a l'anàlisi de la relació del sexe/gènere amb les MCV.

(GENERALITAT DE CATALUNYA, 2008)

#### 4.5.4. INDICADORS DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN L'ESTUDI REGICOR (COMARQUES DE GIRONA 1978-2008)

**D1- VISIBILITAT.** Les dades estan extretes de l'anàlisi de la situació a què fa referència l'estudi.

<b>DISGREGACIÓ DE DADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NC</b>
Morbiditat	X		
Mortalitat	X		
Grups d'edat	--		
Factors de risc	X		
Classe social			X

Àrees geogràfiques			X
Ingressos hospitalaris	X		
Totes les dades estadístiques		X	

En l'estudi REGICOR, hi ha dades desagregades per sexe, però constatem que no hi ha una explicació en les diferències trobades ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

## D2- PARTICIPACIÓ

### COMPOSICIÓ GRUPS DE TREBALL

#### 1.- Col·laboradors de l'estudi REGICOR

1a. Unitat de lípids i epidemiologia vascular - Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona

<b>Participants del Pla</b>	<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
Investigadors/es	43,8% ( 7 )	56,2 % (9)
Tècnics/ques	90 % (9)	10% (1)
<i>Estudis transversals (81995-2000-2005 HERMES)</i>	81 % (30)	19% (7)

#### 1b. Centres que formen part de l'estudi

<b>Participants del Pla</b>	<b>Dones</b>	<b>Homes</b>
Hospital Comarcal de la Selva	60% ( 3 )	40% (2)
Hospital de Palamós	50% (2)	50% (2)
Hospital de St. Jaume d'Olot	50% (2)	50% (2)
Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Servei de Cardiologia i Unitat Coronària	11,1 % (1)	88,8% (8)

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, tècnics	100 % (5)	0% (0)
Unitat de Recerca de Medicina de Família de Girona	0% (0)	100% (4)
Hospital Provincial de Sta. Caterina	0% (0)	100% (1)
Hospital de Figueres	20% (1)	80% (4)
<i>Clínica Girona</i>	0% (0)	100% (1)

### D3- LLENGUATGE

L'Estudi no està redactat amb un llenguatge integrador que visibilitza per igual homes i dones.

Amb relació a les imatges emprades, en la portada apareix una fotografia de Girona.

### D4- ENFOCAMENT DE GÈNERE

Quant a la bibliografia citada, de 111 articles citats, 6 (5,4%) fan referència explícita al sexe/gènere del problema estudiat.

### D5.- TRANSVERSALITAT

No es contempla la integració de la perspectiva de gènere de forma explícita com un dels eixos en tots els apartats del Pla Director.

**REPTES PER AL FUTUR.** Analitzem si els objectius que es proposen tenen en compte les diferències trobades amb les dades desagregades per sexe, els determinants amb relació a les MCV i el sexe/gènere i si en les seves recerques impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere.

<b>Objectius</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Tenen en compte els resultats de l'anàlisi		X
Tenen en compte que els determinants de		X

salut d'homes i dones són diferents		
<i>Impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere</i>		X

#### 4.5.5. ANÀLISI DE LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN L'ESTUDI REGICOR

En relació amb la **visibilitat**, les dades que descriuen la morbiditat i la mortalitat estan desagregades per sexe; quan es refereix a grups d'edat, no sempre desagrega les dades per sexe.

Els factors de risc estudiats sí que estan desagregats per sexe, no fa referència a la classe social.

En l'anàlisi de les dades que fa l'estudi, constatem que no hi ha una explicació en les diferències trobades ni s'aplica la perspectiva de gènere per explicar aquestes diferències.

Pel que fa a la **participació**, els/les col·laboradors/es de l'estudi observem que hi ha grups que es poden considerar paritaris i grups que no. Sobta que, en el grup d'estudis transversals, el 81% són dones i, en el grup del servei de Cardiologia de l'Hospital Dr. Josep Trueta, el 88,8% són homes, no així en el grup de les persones tècniques.

Quant al **gènere com a determinant**, no es té en compte tot el coneixement existent en relació amb el gènere i la cardiopatia isquèmica per realitzar l'anàlisi de les dades ni proposar objectius de recerca d'indicadors segons el gènere i la cardiopatia isquèmica.

El **llenguatge** emprat utilitza el masculí per referir-se als dos sexes. En la portada apareix una foto de Girona amb un cor.

En relació amb la bibliografia citada, el 5,4% fa referència al sexe/gènere pel que fa a les malalties cardiovasculars.

En els reptes per al futur, no apareix el sexe/gènere d'una manera explícita en cap.

## **CAPÍTOL 5: TREBALL DE CAMP. FONTS ORALS**





En el plantejament d'aquesta recerca, vam creure convenient, per donar resposta a la pregunta objecte d'estudi i acceptar o rebutjar la hipòtesi plantejada, emprar la metodologia qualitativa. L'objecte és explorar els elements que haurien de ser presents en una política pública amb perspectiva de gènere, així com reflexionar sobre les dificultats existents en el procés d'implantació d'aquesta. En el nostre estudi ens centrarem en l'àmbit sanitari.

Com ja hem explicat en l'apartat de "Metodologia", hem dissenyat tres grups d'estudi.

El primer grup està format per persones expertes en la relació del gènere amb la salut, els problemes de salut i en polítiques públiques. L'objecte ha estat reflexionar i aprofundir en els elements que hauria d'incloure una política pública sanitària en perspectiva de gènere i explorar les dificultats per dissenyar i implementar aquestes polítiques.

El segon grup està format per persones que estan relacionades amb el disseny, la planificació i publicació del *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV). L'objectiu és conèixer si la voluntat política en relació amb el gènere, expressada en el Decret de creació del Pla, s'ha tingut en compte en el disseny del Pla. També es vol analitzar amb les informants i els informants de privilegis relacionats amb el Departament de Salut, quines eines s'han emprat perquè el Pla Director es dissenyi i publiqui amb perspectiva de gènere.

El tercer grup està format per professionals que treballen a hospitals i centres d'Atenció Primària i que en la seva feina implementen el PDMCV. L'objectiu és analitzar i aprofundir si en la seva praxi diària és present la perspectiva de gènere, en especial, ens ha interessat conèixer quina opinió i coneixements tenen respecte a això i quines dificultats expressen amb relació a la incorporació de la perspectiva de gènere en la praxi professional.

Les nostres persones informants de privilegi tenen relació amb el món de la salut, elles i ells són les persones més indicades per donar-nos informació des de la perspectiva del seu treball, la seva visió i opinió de com s'integra el gènere en el disseny i en la implementació d'una política pública sanitària.



## 5.1. ANÀLISI DE LES ENTREVISTES DEL PRIMER GRUP: PERSONES EXPERTES EN SALUT I GÈNERE

Amb relació a la integració del gènere en les polítiques públiques, cal assenyalar que el sistema patriarcal comporta la jerarquia dels homes sobre les dones; això ens du a una discriminació i inferioritat política, social i econòmica. Les polítiques públiques, segons Carlos Gerardo Molina, són iniciatives estratègiques que provenen del poder públic, bàsicament de l'Estat, en la cerca de solucions a problemes col·lectius (recollit per GARCIA PRINCE, 2008).

El primer grup de persones expertes està format per vuit dones que tenen un ampli currículum (*quadre núm. 3*) en relació amb el gènere, la salut i polítiques públiques. Hem elegit les integrants del primer grup a través de la bibliografia consultada, el cercador d'expertes de la pàgina web de l'*Institut Català de les Dones* (ICD) i per la informació que ens subministraven les nostres informants sistema de bola de neu.

Professionalment, són metgesses, infermeres, treballadores socials, tenen nombroses publicacions que avalen el seu currículum, imparteixen docència en relació amb el gènere, la salut i els seus problemes, i en polítiques públiques. Formen part del grup una infermera que treballa en una regidoria de Polítiques d'Igualtat, una treballadora social responsable de la Xarxa de Dones i Salut, organització de dones feministes motivades per la salut i que integra diferents col·lectius d'usuàries, professionals, activistes... Una infermera /llevadora sindicalista que forma part de la Secretaria de la Dona d'una organització sindical, una directora general d'una associació relacionada amb la salut i la família, una metgessa presidenta d'una xarxa de dones professionals de la salut i metgesses consultores del Ministeri.

Hem dissenyat les entrevistes personalitzades per cercar més informació respecte a l'objecte d'estudi, en relació amb la formació i el currículum de cada informant. L'entrevista s'ha enregistrat sonorament i s'ha transcrit per a l'anàlisi posterior.

Les nostres informants de privilegi tenen un gran coneixement amb relació a la perspectiva de gènere en la salut i les polítiques públiques. Ens reafirmen en els principis rectors que hem considerat que formarien part d'una política pública en perspectiva de gènere com són la visibilitat, la participació, el llenguatge escrit i visual, la transversalitat, la recerca i l'anàlisi dels factors determinants de gènere.

### 5.1.1. VISIBILITAT

Segons Gita Sen, la societat patriarcal ha fet invisibles les dones. La desagregació de les estadístiques per sexe constitueix un pas fonamental en el procés d'introducció de la perspectiva de gènere, és una condició necessària i indispensable. Sense dades apropiadament desagregades per sexe, és difícil realitzar una anàlisi de gènere (SEN [et al.], OMS, 2005).

Quant a les normatives per a l'aplicació de la desagregació per sexe de les estadístiques, cal assenyalar que Suècia es pot considerar l'avantguarda d'aquest procés, sent el primer país on el Parlament (1994) va declarar l'obligatorietat de desagregar per sexes totes les estadístiques oficials. A Catalunya, la Resolució ASC/437/2007, de 5 de febrer, per la qual es dona publicitat a l'Acord de govern de 14 de març de 2006, relatiu a la producció i el desenvolupament d'estadístiques desagregades per sexes (DOGC, núm. 4829 - 26/02/2007).

A l'Estat espanyol la Llei orgànica 3/2007 de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes. En l'article 20, estableix l'adequació de les estadístiques i estudis amb objecte de fer efectiva la integració de la perspectiva de gènere en les activitats dels poders públics. I en l'article 27, que tracta sobre la integració del principi d'igualtat en la política de salut, ens parla de l'obtenció i tractament desagregat per sexe dels sistemes d'informació mèdica i sanitària (BOE, núm. 71-23/3/2007).

Amb relació a la visibilitat, les informants assenyalen:

Ara bé, he de dir-te, entre el que hi havia i el que hi ha, que s'ha avançat molt més desglossant per sexe, perquè això permet que les persones que estan formades o que tenen sensibilitat, coses que són invisibles i, de vegades, són tan... són tan patents aquestes diferències, que només amb això no cal ni sensibilitat. Has de fer una lectura i et portarà a la perspectiva de gènere, tot i que no t'agradi la perspectiva de gènere ni sàpigues quin és el concepte de gènere. Per tant, jo crec que desglossar per sexe sí que ha sigut un avenç. És que has d'estar molt tancat per no veure quan hi ha dades que canten això.

(Informant 7)

La desagregació sistemàtica suposa una visibilitat dels problemes i moltes vegades també de fortaleces. Per què no puc tenir la foto sencera? La foto sencera sempre i de forma sistemàtica, si no anem guenyos, podríem obrir els dos ulls i anar bé.

(Informant 2)

Recollir les dades de manera separada... les desagregades... això és un tema interessant quan estem parlant de variables quantitatives, que són fàcils de... i serveis per a una anàlisi des del més estrictament biomèdic i... encara és com una mesura primera, mirem-ho separat i així ho podem veure, però aquestes dades expliquen molt poc, no? Perquè la mirada que les mira ha d'entendre, perquè, si no, les dades en si

diuen poc; però em sembla una mesura interessant, és clar; tenir pacients o tenir persones, com diuen, a tenir homes i dones, és diferent.

(Informant 5)

A més a més de la desagregació per sexe, una informant fa una reflexió sobre la validesa de les dades estadístiques i com aquestes poden estar influenciades amb objectius determinats, esbiaixant de base els problemes reals de salut:

Hi ha un treball de Mckinlay de l'any 1984 que diu: "Segons com es paga a l'assistència de metges, hi haurà unes estadístiques o unes altres", imagina't. Per què? Perquè les estadístiques es fan amb uns diagnòstics amb què s'ha arribat al metge o a l'hospital o al centre de primària. Com que els centres de primària tenen uns recursos molt limitats per fer diagnòstics, els diagnòstics prevalents són colesterol alt, hipertensió i ansietat i depressió. Colesterol i hipertensió perquè és el que els paguen als metges que ho detectin en els objectius sanitaris; i ansietat i depressió perquè diuen que és el que diuen les dones.

(Informant 1)

Diagnosticar bé és bàsic per poder fer una estadística sanitària que te la puguis creure, si no el que ens està sortint en aquests moments de prevalença de malalties en el món del sexe masculí i femení està esbiaixat de base, una hipervaloració de problemes de salut mental que no és real; si fos real, jo també ho acceptaria, però com que no és real, per això dic, les estadístiques desagregades per sexe i que diguin la veritat del que realment està passant és un altre tema de la visibilitat.

(Informant 1)

Una informant ens assenyala que:

La desagregació és el primer pas per veure què passa a les dones i als homes i poder establir i comprovar si hi ha diferències, per després realitzar una anàlisi d'aquestes diferències.

(Informant 8)

La mateixa informant continua el seu raonament dient:

Un document o pla no pot tenir un enfocament de gènere si no es comença per tenir les dades desagregades per sexe.

(Informant 8)

També assenyala la importància de desagregar totes les dades per sexe com a variable principal:

Cal emprar el sexe com a variable principal. No s'hi val a dir malalties cardiovasculars tant per cent de dones i tant per cent d'homes i després fer la classificació per classes socials... i aquestes classificacions no desagregar-les per sexe, perquè així no sabem el

que passa a les dones ni als homes de classe alta ni de classe baixa. O sigui, cal desagregar per sexe com a variable principal. Si no, aquesta informació és cega al gènere.

(Informant 8)

Segons les expertes, una de les principals raons per obtenir dades desagrades per sexe és la seva capacitat, entre altres aspectes, per evidenciar les diferències de sexe de les característiques de les dones i els homes o les nenes i els nens en un moment del temps i que són el resultat de les desigualtats de gènere en les seves vides (DE CABO, G.; HENAR L. i CALVO, M., 2009).

Assenyalen la importància de la desagregació per poder realitzar la descripció d'un problema de salut al més acurat possible:

La desagregació és imprescindible absolutament en tot, no pot haver-hi una anàlisi de situació descriptiva o un problema de salut en què no estiguin les dades desagrades per sexe, si no és així ni farem res.

(Informant 8)

Aquesta informant acaba dient:

La unitat d'anàlisi principal per a les estadístiques de salut no és la persona, són o els homes o les dones.

(Informant 8)

Segons les nostres informants, quan les dades s'han desagregat per sexe, s'ha començat a comprovar diferències en la forma d'emmalaltir, diferències en la forma d'atenció i és quan es pot realitzar una anàlisi posterior de les causes.

En les enquestes de Salut s'han de desagregar totes les dades per sexe, situació laboral, nivell educatiu, país d'origen... A partir d'aquesta recollida i tractament de les dades, es té molta informació que abans no es tenia, d'aquí la importància de la desagregació:

Encara no es comprèn del tot la importància de la desagregació, però aquesta va penetrant, jo crec que és importantíssim, és el primer pas.

(Informant 8)

Una informant assenyala en relació amb la desagregació de dades i el Pla d'Igualtat de Catalunya:

Si apliques el Pla d'Igualtat de Catalunya, per tant, a mi em sembla no important, sinó imprescindible que es faci el tema de la desagregació de les dades; s'ha de desagregar tota la informació, que no ho estan fent respecte a determinades patologies.

(Informant 4)

Les nostres informants ens assenyalen que cal avançar més en l'anàlisi:

Tu pots dir tinc 43 dones infectades i 3 homes infectats, i tu pots dir aquestes 43 dones necessiten atenció. Però hi ha altres dades que es resisteixen a ser analitzades d'aquesta manera; per exemple, quantes dones tinc en situació de violència entre les infectades o quantes dones tinc amb càrregues familiars entre les infectades; això o ho preguntes o ho fas constar segons el que tens; perquè el que tens no té aquesta mirada; llavors, disgregar és el primer, però si el que triaràs és el que tens i el que tens està molt esbiaixat.

(Informant 5)

En les malalties cardiovasculars, el grup de població més freqüent són les dones de classe social baixa... si les dades no les tinguéssim desagregades, com abans, no ho sabríem i no podríem començar a fer una anàlisi de gènere.

(Informant 8)

Quan en l'anàlisi descriptiva de les dades desagregades per sexe es troba una diferència, és una diferència per sexe, no és una diferència de gènere. Cal fer un pas més i analitzar si aquestes diferències estan en relació amb el gènere. És a dir, si estan en relació amb les formes de vida, els rols que desenvolupen socialment els homes i les dones, les posicions psicològiques d'homes i dones, és a dir, el gènere com a categoria d'anàlisi.

El gènere no és una variable, és una categoria per analitzar les diferències de la variable sexe.

(Informant 8)

Com diu Maria Teresa Ruiz Cantero en la Guia d'estadístiques de salut amb enfocament de gènere:

Els indicadors desagregats per sexe no sempre són iguals a indicadors amb sensibilitat de gènere. Així la informació desagregada per sexe ens diu si existeixen diferències per sexe en una dimensió específica de la salut, mentre que els indicadors amb sensibilitat de gènere són elaborats per observar les conseqüències en la salut del gènere com a construcció social, i així ajudar a comprendre si la diferència observada entre sexes en l'estat de salut és el resultat de desigualtats o iniquitats per gènere.

(RUIZ CANTERO, PAPÍ GALVÉS, 2007).

L'enfocament de gènere hauria de ser present en totes les estadístiques com diu l'OMS, amb dues aproximacions.

1. Proporcionar dades disgregades per sexe.
2. Realitzar una anàlisi de gènere.



Assenyalen les nostres informants la dificultat d'anar més enllà de la desagregació de les dades per sexe.

En l'agenda política i acadèmica ja es comença a fer l'anàlisi de gènere, però és un segon pas que costa molt de treball.

(Informant 8)

A vegades, s'utilitzen dades, però no s'aprofundeix; potser també el Departament no es pot permetre generar determinades polítiques o generar serveis que en realitat donin resposta a les necessitats dels homes i de les dones. Per exemple, s'explica com utilitzen els serveis els homes, com utilitzen els serveis les dones, però després no treuen les dades; al no haver-hi creuament, la informació apareix esbiaixada; només és descriptiu i ja està, per això, deia que el mateix Pla de Salut que descriu o intenta descriure una cosa el que fa és que no ofereix cap alternativa.

(Informant 4)

També ens assenyalen les nostres informants que hi ha malalties determinades per la biologia de cada sexe que ens aboquen a una morbiditat diferencial i no són, en principi, una desigualtat. Generen necessitats específiques d'atenció i han de ser ateses amb l'enfocament de gènere, en el sentit de proporcionar recursos específics per aquesta morbiditat diferencial femenina-masculina, no deixar-la invisible, visibilitzant tan sols el patró masculí. Aquestes diferències també ens poden portar a desigualtats que són socialment construïdes i són innecessàries, evitables i injustes.

Trobem diferències, ¿són desigualtats? I si són desigualtats, llavors cal començar a fer una anàlisi de gènere, de quines circumstàncies socials, estereotips, models socials causen aquestes diferències i aquestes desigualtats. És el pas següent.

(Informant 8)

Com assenyalen les informants:

Les desigualtats de gènere són les construïdes pels models de gènere discriminatori o que col·loquen les dones en una situació vital de desavantatge.

(Informant 8)

[...] és que encara que hi hagi dades desagregades, això no porta a cap actuació, no hi ha cap canvi, és com l'oportunitat perduda.

(Informant 4)

Les nostres informants ens assenyalen que el primer pas per planificar una política pública és disposar de dades per poder analitzar i fer visible la realitat social. És condició imprescindible com remarquen totes les informants, desagregar totes les dades per sexe i que siguin vàlides, ja que, si no, estem esbiaixant la realitat.

Com assenyala una informant, un pla no pot tenir un enfocament de gènere si no es comença per tenir les dades desagregades.

Amb les dades desagregades, tenim una descripció de la situació per sexes, però ens cal analitzar aquestes dades i creuar-les per poder realitzar una anàlisi explicativa i sistemàtica amb perspectiva de gènere i així construir indicadors de gènere. Aquesta anàlisi ens serveix per visibilitzar les dones i per no confondre les diferències amb les desigualtats.

### 5.1.2. ÚS DEL LLENGUATGE ESCRIT I VISUAL

Segon el document *Hablamos de Salud*, editat per l'Instituto de la Mujer:

El discurs és un fenomen social, una forma d'acció social que produeix coneixement, ja que proposa una visió del món que mobilitza una determinada subjectivitat a les persones que el reben i accepten una representació del món com a realista i vertadera. D'aquesta manera, les desigualtats entre els sexes es reflecteixen en el discurs, a la vegada que determinades formes de la llengua contribueixen al fet que aquestes relacions es mantinguin.

(GARÍ, 2006)

En aquest document, l'autora ens assenyala que aquestes desigualtats socials es reflecteixen en el sexisme i androcentrisme lingüístic.

El sexisme lingüístic presenta una imatge desqualificadora i desvaloritzada del que són les dones, basada en imatges estereotipades i en tòpics. Es presenta les dones d'una determinada manera, com a mare, infermera, cuidadora... donant una imatge estereotipada de les dones per pertinença al sexe femení i no per les seves capacitats i aportacions. Aquesta categorització no és discriminatòria ni desqualificadora en si mateixa, però resulta limitant i reduccionista per a les dones i no ajuda a superar les desigualtats per raó de gènere.

(GARÍ, 2006)

L'androcentrisme lingüístic pren l'home com a referent universal, de manera que invisibilitza o exclou del seu discurs les dones.

(GARÍ, 2006).

Consisteix fonamentalment en una determinada i parcial visió del món que considera que el que han fet els homes és el que ha fet la humanitat. És pensar que el que és bo per als homes és bo per a la humanitat, és creure que les experiències masculines inclouen i són la mesura de les experiències humanes. Es considera que els homes són el centre del món i el patró per mesurar qualsevol persona. És la causa i l'origen d'uns determinats usos de la llengua que tendeixen a excloure o invisibilitzar les dones en la llengua.

(LLEDÓ, 2007)

Les nostres informants assenyalen:

El llenguatge mèdic és un llenguatge simbòlic no tan sols de paraules, sinó de números, analítics, informes radiològics... i de com s'extrau la informació ja soterrant tota una càrrega androcèntrica i, per tant, d'invisibilitat de les dones.

(Informant 1)

On es fan algunes diferències entre els homes i dones és en els valors de referència de les analítiques, però que aquests no corresponen a cap recerca, sinó que aquests valors responen als més freqüents de la població i així s'arriba a la conclusió que el més freqüent és la referència i no es té en compte les dones que tenen la menstruació abundant, en el fons s'està normalitzant la inferioritat, ja que es diu que la dona ha de tenir 400.000 hematies menys que els homes. O ha de tenir o ho té perquè té la menstruació molt abundant? Així un llenguatge que diferencia per sexes diferencia inferioritzant.

(Informant 1)

El sexisme i l'androcentrisme han estat presents en el substrat de les actuacions de la medicina enfront de les dones (VALLS, 2006) i el llenguatge emprat és com un mirall que reflecteix aquesta realitat. En els documents se sol emprar el genèric masculí molt fàcilment.

La utilització del llenguatge en masculí com a conseqüència de l'androcentrisme porta una discriminació implícita, és molt present en la utilització de la llengua i s'expressa sobretot en:

- La presència acaparadora del masculí.
- L'ocultació sistemàtica del gènere femení.
- L'ús del suposat genèric.

En la medicina, a l'anomenar en l'evolució de les malalties, en els llibres de mèdiques, les malalties no tenen sexe, hi ha un apartadet que es diu "freqüència" que allà diuen "es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino".

(Informant 1)

El català és una llengua de gènere, per tant, els substantius (i els adjectius, els articles i els pronoms) varien segons el gènere (masculí o femení). (GENERALITAT DE CATALUNYA, *Marcant Diferències*, 2006).

A vegades, es confon l'enfocament de gènere en utilitzar els dos articles les/els, tal com assenyala una informant:

A vegades, agafen un document, introdueixen els/les i ja creuen que el document té enfocament de gènere.

(Informant 8)

Les cultures mediterrànies són cultures molt nominalistes, a vegades sembla que si canvies una cosa del llenguatge és que ja has canviat els fets, i que utilitzant el/la en els documents, ja s'ha resolt el problema i, en la fase històrica en què ens trobem, no és suficient. Això ha suposat un avanç molt nominal sobre el paper, jo crec que el que seria molt interessant és que realment hi hagués un epígraf dones en tots els documents, com hi pot haver un epígraf edat.

(Informant 2)

El primer que s'introdueix són els canvis al llenguatge i a vegades sols això. Es va fent, però continuen molts documents i discursos que empren un llenguatge androcèntric.

(Informant 8)

Una informant assenyala les reaccions que suscita la utilització del les/els en els documents:

El llenguatge és molt important perquè genera representacions socials, però en aquest moment jo no seria molt abrasiva amb el llenguatge perquè ha estat interpretat com l'únic element en la introducció de la perspectiva de gènere i provoca moltes reaccions i molta incomoditat.

(Informant 8)

El llenguatge i les imatges crec que és importantíssim, però diria que no és un dels eixos fonamentals de la transformació, el que vull dir és que moltes vegades utilitzen un llenguatge no sexista sense que s'aprofundeixi en una transformació, vull dir que fàcilment pot ser una eina que a alguns fa veure que alguna cosa estem canviant, però que en el fons... es queda en la forma.

(Informant 3)

El canvi en el discurs es va introduint molt a poc a poc, molts de documents i discursos utilitzen un llenguatge androcèntric i com assenyala una informant:

Les paraules generen representacions mentals, no?

(Informant 8)

El llenguatge visual crea un imaginari on els estereotips i l'androcentrisme es van perpetuant.

El missatge que transmeten moltes imatges i fotografies perpetuen estereotips de gènere tradicional. No s'està fent quasi res davant d'aquesta situació, caldria fer una anàlisi de gènere de les imatges i, en aquest sentit, aquesta anàlisi és molt incipient.

(Informant 8)

Quan tu dius “la cuidadora ha d’aprendre a cuidar millor”, estàs creant una imatge i una representació de la cuidadora que la fixa en el model de gènere tradicional que és el germen estereotipat del problema.

(Informant 8)

En les imatges utilitzades en la representació de les malalties cardiovasculars, sempre apareix un home fent el seu treball, amb corbata... la tensió... que són situacions de risc per a ells.

(Informant 8)

La utilització del llenguatge visual i escrit és un element que forma part d’una política pública amb perspectiva de gènere, ja que la utilització del llenguatge porta implícita una discriminació.

Moltes campanyes perpetuen encara estereotips tradicionals.

(Informant 8)

Jo li donaria molta més prioritat a aquestes coses, les coses que realment tenen un impacte, el tema de la violència cap a les dones com veus als mitjans de comunicació, imatges de violència que poden aportar a l’imaginari juvenil tot una sèrie de normalització d’aspectes que no són tan normals.

(Informant 6)

Penso que en això s’ha fet un esforç institucional, mira aquí ara hi posa metgessa, fa un parell d’anys hi posava metge; penso que s’ha fet un gran esforç institucional a polir el llenguatge i les imatges dintre del que és l’Institut Català de la Salut; ara, per a mi, és una qüestió molt formal que no ha portat una reflexió al darrere, em sembla.

(Informant 5)

Els aspectes del llenguatge poden ser un indicador de com es treballa.

(Informant 3)

Com diuen les nostres informants, la utilització de les diferents formes del llenguatge escrit, oral i visual i simbòlic (paràmetres analítics, proves mèdiques...) reflecteixen l’androcentrisme i el sexisme social i de la medicina.

Assenyalen que hauríem de ser molt curosos i curoses a l’utilitzar el llenguatge, ja que és una eina que vehicula els pensaments i incorpora valors, cal adaptar el llenguatge perquè no sigui discriminatori i visibilitzi totes les persones de la societat.

La utilització d’un llenguatge no androcèntric ni sexista no es limita tan sols a la utilització de *les* i *e/s* en els documents, ja que a vegades aquest fet tan sols és una labor de maquillatge, sinó que cal analitzar les formes lingüístiques que mostren l’absència de les dones en els discursos (orals i escrits) i les formes de presència de les dones en aquests discursos. (GARÍ, 2006)

### 5.1.3. MAINSTREAMING ('TRANSVERSALITAT')

El *mainstreaming* de gènere es va assumir per la Plataforma per a l'Acció de la quarta Conferència Mundial sobre dones de Nacions Unides (Beijing, 1995).

A Catalunya es va formalitzar aquest compromís en la primera llei de transversalització de gènere de l'Estat espanyol, la Llei 4/2001, de 9 d'abril, de modificació de l'apartat 2 de l'article 63 de la Llei 12/1989 d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat.

El *mainstreaming* és la (re)organització, la millora, el desenvolupament i l'avaluació dels processos polítics, perquè una perspectiva d'igualtat de gènere s'incorpori en totes les polítiques, a tots els nivells en totes les etapes, pels actors normalment involucrats en l'elaboració i adopció de mesures polítiques (Consell d'Europa, 1999).

Es destaquen cinc elements clau en l'estratègia del *mainstreaming* de gènere:

1. Un canvi en la igualtat de gènere més ampli de l'existent. No solament la igualtat de *jure*, si no també de *facte*. Aquesta noció necessita un enfocament més global centrant-se en les múltiples i encreuades causes que creen una relació desigual entre els sexes (família, treball remunerat, política, sexualitat, cultura, violència masculina).
2. La incorporació de la perspectiva de gènere a l'agenda política dominant.
3. La inclusió i la participació de les dones en institucions i processos de presa de decisions. Es recomana que la participació de les dones hauria de ser almenys d'un 40%.
4. Donar prioritat a les polítiques d'igualtat de gènere i a les que tenen rellevància especial per a les dones (polítiques socials i familiars).
5. Un canvi en les cultures institucionals i organitzatives que afecten al procés polític, als mecanismes i actius/ actors polítics (LOMBARDO, 2003).

L'aplicació de la transversalitat de la perspectiva de gènere i de les dones a les polítiques públiques significa que els poders públics han d'integrar el reconeixement de l'existència de dones i homes al conjunt de les seves polítiques, per tal que aquestes responguin a les realitats, oportunitats, necessitats i expectatives dels dos sexes i, alhora, tenir en compte que els canvis necessaris per millorar la societat han d'impactar positivament sobre els dos grups de població. Es tracta de planificar, executar i avaluar polítiques, a partir del concepte d'igualtat, tot donant valor a les

aportacions de les dones en la construcció, el manteniment i la transformació de la societat.<sup>1</sup>

Cal destacar el projecte MAGEEQ acrònim de **MA**instreaming **GE**nder **EQ**uality, que estudia les diferents formes d'entendre la igualtat i el *mainstreaming* de gènere en l'àmbit i en la Unió Europea (BUSTELO i LOMBARDO, 2005, 2007).<sup>2</sup>

En el Pla de Polítiques de Dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2008-2011, l'eix 1 tracta sobre la transversalització de les polítiques de dones a les administracions públiques, introduint tres elements fonamentals: el foment d'accions específiques per a les dones, l'aplicació de la perspectiva de gènere i l'aplicació de la transversalitat d'aquesta perspectiva.

La transversalitat ha d'estar en tots els camps, ja que és la base d'estratègies polítiques de penetració en la formació, crear aliances, crear grups de gent formada... creant estratègies en tots els plans entre la gent que és sensible al tema, formant a gent clau.  
(Informant 8)

No significa posar l'etiqueta de perspectiva de gènere, significa aplicar-la i això requereix expertesa i voluntat política, si no es converteix en anecdòtic.  
(Informant 4)

En els nivells de salut de les persones, intervenen múltiples factors i un element clau és l'entorn, les polítiques públiques vers la salut han de ser transversals, ja que no depenen tan sols del Sistema Sanitari. El gènere com a construcció social requereix polítiques transversals i aquestes requereixen un esforç polític econòmic i de recursos humans.

Un exemple el tenim en la cirurgia estètica, es fan 890 intervencions diàries a Espanya fora del Sistema Sanitari públic, som el primer productor. Hi ha uns elements que depenen de la mirada de l'altre de la salut de les persones que exigiran unes polítiques transversals; si volguessis treballar perquè les catalanes s'operen tant, ho hauria de fer alhora amb l'ICD, amb el Departament de Salut, amb el Departament de Serveis Socials... però fer polítiques públiques.  
(Informant 1)

És molt fàcil utilitzar el terme de *transversalitat* i moltes vegades es pot caure en el doble simulacre de fer com si i, en realitat, no es fa res. Caldria dur a terme mesures concretes en un temps determinat.  
(Informant 2)

---

<sup>1</sup> Disponible a <http://www20.gencat.cat/portal/site/icdones/menuitem.c531d9eb4c45208539a72641b0c0e1a0/?vgnextoid=56e454f598c9b110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=56e454f598c9b110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>, consultada el desembre del 2010.

<sup>2</sup> Disponible a <http://www.ucm.es/info/mageeq/inicio.htm>.

No hi ha sensibilitat en els temes de gènere en totes les persones que estan en la política i falten persones expertes en gènere per poder fer el pas.

(Informant 6)

Com diuen les nostres informants, en el disseny i la planificació per desenvolupar un marc normatiu no tan sols es fan necessàries comissions interdepartamentals per poder treballar d'una manera transversal tots els departaments que estan involucrats en una política pública determinada, sinó que cal incloure persones expertes en gènere.

Si hi hagués un model de transversalitat entre la Conselleria d'Ensenyament i la seva competència en la formació de metges i metgesses, i el Departament i l'ICD, potser hi hauria una cosa a millorar en la formació dels mateixos metges i metgesses, no? El que nosaltres necessitem no està arribant a tots els llocs on podria arribar; per tant, busquem maneres perquè això passi, no?

(Informant 5)

El Departament de Salut al setembre de 2005 crea el grup Kyria, òrgan assessor i validador de les polítiques de gènere que s'elaboren des del Departament de Salut. Els setze membres que integren inicialment el grup són professionals tant de l'àmbit sanitari com d'altres disciplines.

Kyria col·laborarà amb el grup de treball del Departament de Salut que coordina, impulsa i fa el seguiment de les actuacions integrades en el Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones, liderat per l'Institut Català de les Dones, i del conjunt de polítiques de gènere que s'elaboren<sup>3</sup>

Una de les components del grup assenyala en l'entrevista que no l'han convidada a cap reunió, tan sols li van comunicar el dia de la constitució.

Una altra comenta:

El grup Kyria es va constituir... jo vaig estar a l'acta de constitució. Ens van convocar de manera personal, des del Departament i com a metgessa de primària m'imagino que ... per la nostra implicació en el tema, jo crec perquè mai es va aclarir aquest tema; el motor institucional era molt divers, l'acta de fundació va ser presentar-nos; hi havia la Consellera i hi havia la Marta Selva de l'ICD, com a presidint l'acte, com fer una política comuna ...ens van presenta, però jo no he estat convocada mai més. Si el grup funciona en paral·lel amb part dels membres i se'ls ha convocat o no funciona, no t'ho ser dir.

(Informant 5)

---

<sup>3</sup>web Dep. Salut. Data modificació 5-2-08. Disponible a:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1954/doc9689.html>).



Una membre de la Xarxa de Dones per la Salut assenyala:

Em consta que el grup gran s'ha reunit una vegada, les nostres reunions amb el Departament els han donat el nom del grup Kyria, però nosaltres no ens sentim com a grup Kyria, diuen que som un subgrup.

(Informant 4)

El desenvolupament transversal de les polítiques de dones requereix comptar amb mecanismes de coordinació i col·laboració, tant interdepartamentalment com intradepartamentalment, que faciliten l'intercanvi d'informació i el diàleg entre els diferents òrgans implicats i les persones que hi treballen.

En el marc de l'Administració de la Generalitat existeixen diferents instruments de naturalesa diversa, que fan possible l'aplicació d'aquesta transversalitat:

- Comissió Interdepartamental per a la Igualtat d'Oportunitats per a les Dones.
- Comissió Tècnica de Seguiment del Pla de Polítiques de Dones: grups de treball temàtics i grups de treball territorials.
- Espai propi a la xarxa per al seguiment i avaluació del Pla.<sup>4</sup>

Un dels reptes de les polítiques de dones per part de l'Administració està situat en el desenvolupament de l'enfocament de la transversalitat que proposa incloure la perspectiva de gènere en tots els àmbits de les actuacions polítiques i els intents per portar-ho a la pràctica.

El Departament de Salut participa en la Comissió Interdepartamental; el grup Kyria com a tal, segons les nostres informants, tan sols es va constituir.

#### 5.1.4. PARTICIPACIÓ

La Llei orgànica 37/2007 per a la igualtat efectiva de dones i homes, en el títol II, capítol I estableix les pautes generals d'actuació dels poders públics en relació amb la igualtat i es consagra el principi de presència equilibrada de dones i homes en les llistes electorals i en els nomenaments realitzats pels poders públics.

Anem a analitzar què pensen les nostres informants de privilegi en relació amb la participació de les dones en tots els organismes públics.

Moltes vegades es confon la política pública amb la llei. Una política pública implica una llei, una normativa, una regulació, fer aliances, promoure xarxes de complicitat i

---

<sup>4</sup> Disponible a

<http://www20.gencat.cat/portal/site/icdones/menuitem.4b491b5fa301c8a439a72641b0c0e1a0/?vgnextoid=54eed78f96b8d110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=54eed78f96b8d110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>. Data d'actualització: 14.07.2009.

compromisos públics. La llei s'incompleix sistemàticament, llistes electorals, nomenaments de l'administració pública...

(Informant 2)

Això què vol dir, que la llei sigui un fracàs? No, la llei és una bona regulació, el que passa és que la llei no és la política pública.

(Informant 2)

En aquest sentit, la informant ens refereix la utilitat de fer avenços legislatius, però que aquests no són garantia si no van acompanyats de la maquinària institucional per poder-los aplicar; com assenyala, la normativa forma part de la política pública, però no és la política pública.

En relació amb la paritat, ens en remarquen la importància:

Seria molt important que en l'àmbit tècnic de l'alt funcionariat hi hagués paritat, i això implica renunciar els homes a quotes de poder.

(Informant 2)

Si els nomenaments fossin paritaris, s'introduiria més fàcilment l'enfocament de gènere en equips que estan conformats sols per homes, l'enfocament de gènere és impermeable quasi amb tota seguretat.

(Informant 8)

Les informants assenyalen que el model d'organització política continua sent androcèntric i que, en el Sistema Sanitari, encara que s'hagin incorporat moltes dones, no es reflecteix en els òrgans directius i de funcionament dels centres (direcció hospitals, caps de servei...). A més a més, remarquen que hi ha disciplines molt masculinitzades, on la presència de les dones és mínima.

Hi ha com un sostre de vidre que continua existint, les tasques de socialització i el rol que portem incorporat dificulta el progrés professional.

(Informant 5)

Hi ha informants que apunten, com una de les causes d'aquesta discriminació, els estereotips androcèntrics. Els homes no veuen les dones com a expertes, a més a més, les xarxes masculines són molt potents, en contraposició a la feblesa de les xarxes de poder de les dones. En l'imaginari encara perdura la major valoració dels homes.

En el terreny mèdic, com més especialitzada és una disciplina, menys dones formen part de les comissions. Des del seu estereotip androcèntric, no veuen les dones expertes que podrien formar-ne part, no les visibilitzen, això cal canviar-ho.

(Informant 8)

Els homes s'acostumen a conèixer-se entre ells i es donen la paraula. Formen xarxes interinstitucionals creuades (partits polítics, professionals, esportius...) per produir estratègies i coneixements pràctics, perpetuant l'estil androcèntric de dirigir la societat.  
(Informant 2)

Una informant assenyala:

Les dones no tenen aquestes xarxes de poder i no es fan valedores entre elles. Quan una dona és nomenada consellera, secretària d'Estat o ministra sembla haver aconseguit el cel i comença a rodejar-se d'homes per compensar, que no sigui dit, per demostrar que no discrimina per raó de gènere.  
(Informant 2)

A vegades, les dones reproduïxen models androcèntrics, costa molt trencar aquestes barreres, la imatge masculina té, fins i tot, des de l'imaginari de les dones, es valoritza més.  
(Informant 6)

Una informant ens comenta que, el model androcèntric persistent en les estructures de poder, assenyala que hi ha dones que el rebutgen per la competitivitat que suposa i que aquest no està dins del model de gestió que es voldria.

Hi ha estructures properes al poder que no interessin a moltes dones, no perquè no em senti compromesa i no ho trobi important, sinó perquè l'estructura orientativa per més que es maquilli és molt jeràrquica, jo hi patiria i no estic interessada a progressar-hi.  
(Informant 5)

El Comitè Interinstitucional sobre la Dona i la Igualtat de Gènere de Nacions Unides, en la reunió anual de febrer del 1999, va acordar els criteris de bones pràctiques per a les dones i la igualtat de gènere i un d'aquests és: "Sorgeixen d'un procés participatiu, involucrant diversos actors (societat civil, sector privat, governs... ) (ORGANITZACIÓ DE LES NACIONS UNIDES, 1999).<sup>5</sup>

Una informant ens comenta la importància de la participació:

Per a mi, els criteris de bones pràctiques de l'ONU són molt importants, que els destinataris i destinatàries, associacions de dones, de pacients participin és molt important. Cal fer programes participatius que proporcionen idees innovadores als gestors. Tot el que s'ha de generar és nou.  
(Informant 8)

---

<sup>5</sup> Disponible a <http://www.un.org/womenwatch/resources/goodpractices/guideline.html>.

Hi ha informants que ens assenyalen altres formes de participar en la societat, on les dones es troben més còmodes. Totes les informants assenyalen que hi ha moltes dones que estan treballant i que treballen amb molta motivació per temes d'interès públic i de gènere, tot i que no siguin visibles, formant xarxes i aquestes són un element de transformacions socials molt important.

Jo crec que, en el cas de les dones, el no governamental, se li ha de donar molta importància en la societat en la qual vivim. Però el no governamental, no com una cosa accessòria i de menor importància, sinó perquè són aquests espais on les dones es troben molt més apoderades, i que necessitem aquests espais de xarxes, de decisió, de discussió, en què et trobes més còmoda i, a partir que et trobes més còmoda, fas les teves propostes.

(Informant 2)

La participació de les dones en xarxes em sembla un dels efectes del que seria la revolució del feminisme.

(Informant 5)

Les xarxes permeten a les dones posar-se en contacte amb altres dones per motius personals, professionals de tot tipus i és un dels efectes transformadors del feminisme. Diverses informants formen part de la xarxa-CAPS (*centre d'anàlisi de programes sanitaris*) i està formada per professionals de l'àmbit de la salut. La xarxa és d'àmbit estatal i té la seva seu a Barcelona, realitzen recerques i divulguen informació sobre temes de salut i gènere. Des de l'any 93 publiquen la revista *Mujeres y Salud*. Tenen una reunió anual.

Les xarxes són necessàries en aquest moment històric, per sobreviure tots nosaltres.

(Informant 1)

Hi ha informants que formen part de la Xarxa de Dones per la Salut, que la formen dones feministes de diferents entitats, professionals i dones que desitgen ser subjectes actives de la seva salut i desitgen millorar la qualitat i equitat en l'atenció sanitària i les polítiques potenciadores de salut. Entre els seus objectius, figura el de representar les entitats que formen part de la xarxa davant dels organismes públics o privats i dur a terme les gestions necessàries per tal d'aconseguir els objectius de la xarxa.

La Xarxa de Dones per la Salut participa en el Consell Nacional de Dones de Catalunya, vinculat a l'ICD. També tenen una reunió mensual amb el Departament de Salut. En aquestes reunions, es fan recomanacions per integrar la perspectiva de gènere en els programes de salut, comenten que a vegades poden introduir petits canvis, però que altres vegades no poden, consideren que no hi ha una participació real:

No hi ha una participació real, és més assessorament. En aquest moment hauria d'haver-hi ja una participació real, som associacions que estem molt preparades.  
(Informant 4)

En el Pla de Polítiques de Dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2008-2011, l'eix tres està dedicat a la participació i diu: "Es parteix de la premissa que cal corregir i millorar el concepte de participació social, per a la qual cosa cal una intervenció pública integral adreçada a eliminar els obstacles que s'oposen a la plena participació de les dones" (Pla de Politiques de Dones, 2007-2011).

Un dels objectius d'aquest eix és potenciar el paper del Consell Nacional de Dones de Catalunya, òrgan participatiu i consultiu dels grups i entitats de dones, vinculat a l'Institut Català de les Dones, i de les seves assemblees territorials de dones de Catalunya.

També ressenya el Pla que és necessari prendre consciència que no n'hi ha prou que les dones siguin presents i participin en tots els àmbits de la societat, és imprescindible que aquestes arribin als òrgans de decisió i representació política. Conseqüentment, cal treballar per tal que les dones ocupin càrrecs de responsabilitat, tant en l'àmbit públic, la qual cosa representa avançar cap a una democràcia paritària, com en el privat, i consolidar i impulsar nous models de lideratge que incorporin les habilitats i experiències femenines.

Les dones que participen en les xarxes assenyalen que una de les característiques d'aquestes és que estan formades per dones molt conscienciades i activistes. El treball que realitzen en les xarxes és un treball extra i la participació en l'Administració suposa un condicionant.

La nostra agenda està totalment condicionada per l'agenda política de l'administració.  
(Informant 4)

Sí que assenyalen que en els últims temps hi ha hagut canvis en la participació de les xarxes en l'Administració, però assenyalen que més que una participació real es tracta de consultoria per legitimar les seves polítiques.

Se'ls omplí la boca parlant de participació i encara estem molt lluny.  
(Informant 7)

Encara que la llei per a la igualtat efectiva de dones i homes assenyala que la participació en els poders públics ha de ser paritària, ens trobem lluny d'aquesta realitat, la llei forma part de la política pública, però cal desenvolupar les eines per fer-la realitat. Existeixen dificultats per a la participació de les dones en la vida pública fins ser una societat paritària

Les nostres informants assenyalen la importància de la participació de les dones en tots els organismes públics, institucions, grups de treball...

Ens assenyalen que les dues formes de discriminació que es donen en el treball productiu en relació amb el gènere també es donen dins del sistema sanitari; per una part, la discriminació horitzontal, en tant que hi ha especialitats molt masculinitzades influenciades pels estereotips (cardiologia, cirurgia...) i, per l'altra, la discriminació vertical o "sostre de vidre" en relació amb la carrera professional (caps de servei...).

També assenyalen que les estructures de poder calquen el model androcèntric, jeràrquic i competitiu i hi ha dones que no es troben còmodes en aquest model competitiu.

Es busquen formes de participació alternatives com poden ser les xarxes, assenyalant la importància d'aquestes en aquest moment històric i que suposa un canvi en els models de gestió.

#### 5.1.5. RECERCA I FORMACIÓ

La ciència és una construcció social, l'elecció d'un objecte d'estudi i la manera d'abordar-lo és subjectiva i condicionada per diversos i complexos factors socials (classe social, gènere, edat, cultura científica, ideologia, economia...). Què s'investiga? Qui investiga? A qui s'investiga? A on s'investiga? Les respostes a aquestes preguntes intervenen en la construcció de la ciència.

Quan en qualsevol recerca o anàlisi s'utilitza una posició que sorgeix de l'experiència social masculina i, especialment, dels barons occidentals, blancs i de classe mitjana, estem parlant d'androcentrisme (ORTIZ, 2006). L'androcentrisme ens porta a constituir el masculí com a norma i contribueix a la invisibilització de les dones i a l'exclusió sistemàtica de les dones a participar en assaigs clínics. Així s'ha anat construint el paradigma androcèntric en relació amb la salut i els seus problemes, elaborant des d'aquesta perspectiva discursos teòrics basats en l'home com a patró i identificant-lo amb tota la població (homes i dones), esbiaixant així els diagnòstics i posteriors tractaments: "El fet que la ciència mèdica neixi esbiaixada respecte a la possibilitat de diagnosticar què els passa, a les dones, o el perquè del seu malestar, es deu fonamentalment al fet que ha nascut androcèntrica i ha considerat com a inferiors o menys importants els problemes de salut de les dones" (VALLS-LLOBET, 2010).

"Històricament, les dones han estat poc representades o excloses dels assaigs clínics i, com a resultat, les dades que es deriven dels assajos per als tractaments dels pacients s'han basat sobretot en població masculina i s'han extrapolat de forma inadequada per a l'ús clínic de les dones" (BERG, 1997).

En la majoria de treballs de recerca veureu que no hi és la perspectiva de gènere. He analitzat 422 treballs de mortalitat cardiovascular, dels quals només 17 incorporen perspectiva de gènere i només un 28,4% incorporaven dones en la mostra, o sigui,

primer, absència de la cohort que controlem a la recerca i, segon, perspectiva de gènere que vol dir incloure les condicions de vida i treball.

(Informant 1)

La invisibilització dels problemes de salut de les dones, fruit de la visió androcèntrica en la formació de les ciències de la salut, va formant estereotips en l'imaginari dels professionals que influeix en el biaix en la praxi professional amb relació al gènere i que es tradueix després en els reculls estadístics.

I en aquest tema de perspectiva també em preocupa, ara, com lluitar contra els estereotips de gènere que hi ha a la ment de metges, metgesses, infermeres, etc., que a còpia de treballar arriben a pensar que sí, que les dones són inferiors perquè sempre es queixen. Això és un tema difícilíssim, que, si no canvia la mentalitat sobre aquest tema de recerca, continuarem tenint unes estadístiques esbiaixades; per tant, el plantejament que estàs amb un ésser humà que pateix i que el sofriment l'has d'investigar és una cosa, però convertir-les immediatament en inferiors i que les has de controlar perquè són unes pesades i, a més, estan totes malaltes mentals i els has de donar medicació, és una altra.

(Informant 1)

El biaix de la realitat suposa un factor clau d'iniquitat i desigualtat entre homes i dones no sols en relació amb el coneixement sobre els determinants de la salut, sinó que també en relació amb l'accés a l'atenció sanitària i a la qualitat de les cures i els serveis sanitaris (OBSERVATORIO SALUD DE LA MUJER, 2008). Els estudis de gènere posen en evidència les diferències i desigualtats en relació amb la salut i els seus problemes amb el gènere.

En la Llei orgànica 3/2007, de 22 de març per a la igualtat efectiva d'homes i dones (BOE 71 de 23 de març) en l'art. 27 diu: "El foment de la investigació científica que atengui les diferències entre homes i dones en relació amb la protecció de la salut, especialment en referència a l'accessibilitat i a l'esforç diagnòstic i terapèutic tant en els aspectes d'assaigs clínics com assistencials".

Com apunta una informant, si no es realitza recerca en perspectiva de gènere, davant d'una situació de què es desconeix l'origen com pot ser el dolor o l'angoixa, no es realitza l'esforç terapèutic i s'opta per la medicalització.

Som un país que, de 48.000 milions de pessetes que es gastem en psicofàrmacs, el 85% el donem a dones, i no hi ha cap estadística que digui que el 85% de dones està pitjor que el 15% d'homes en salut mental; però, en canvi, les tractem com a malaltes mentals, perquè qualsevol dolor, qualsevol pensament, qualsevol tal depèn de psicofàrmacs.

(Informant 1)

Generar coneixements amb perspectiva de gènere per desconstruir el paradigma androcèntric en les ciències de la salut i incorporar-lo en la formació dels professionals és el repte actual.

Ara sabem com fer recerca en perspectiva de gènere, llavors, això és el primer pas. El següent pas, la docència.

(Informant 1)

El gènere s'utilitza com a categoria d'anàlisi per a l'estudi de les significacions i representacions de les identitats masculina i femenina, per a l'estudi i interpretació que els efectes culturals causen en les persones i les relacions (relacions de gènere) que ambdós sexes estableixen marcats pel rol de gènere, que és el model amb un aspecte normatiu interioritzat, que designa el que s'ha de fer per donar validesa a l'estatus de dona o d'home (ROCHEBLAVE, 1968, citat per VELASCO, 2002).

El gènere com a categoria d'anàlisi permet estudiar:

- Les representacions socials vigents per als sexes.
- Les representacions psíquiques d'identitat sexual interioritzades pel homes i les dones.
- El rols de gènere assignats en la socialització que marquen les conductes.
- Les relacions entre ambdós sexes.
- Els efectes o repercussions en la subjectivitat, en l'ordre social i en la salut (VELASCO, 2002).

Una informant assenyala la importància de la metodologia qualitativa en els estudis de gènere:

Fer extensiu el gènere com a categoria d'anàlisi a través de ser capaç d'utilitzar-lo com a categoria explicativa i per a això fa falta un mètode interpretatiu. No pot ser un mètode quantitatiu positivista. Quan veus una diferència estadística, pots aplicar un mètode interpretatiu per fer una hipòtesi interpretativa.

(Informant 8)

En el camp biomèdic els mètodes interpretatius encara són minoritaris, són poc reconeguts, els models més emprats són els epidemiològics positivistes i els quantitatius, hi ha una certa dificultat per emprar els interpretatius. La sociologia, antropologia, psicologia et donen els instruments per interpretar les qüestions, no? Jo aquí veig una gran dificultat, perquè, a vegades, hi ha molt bona voluntat, però no se sap interpretar perquè no saben utilitzar el gènere com a categoria d'anàlisi.

(Informant 8)

Penso que a la recerca és bàsic la sensibilització i formació, són absolutament bàsiques, per tant, si tu fas una recerca en perspectiva de gènere on aconsegueixes una visibilitat



que no tenies... el tema d'igualtat i participació també seria una tema a incloure, el llenguatge i les imatges vindrien donades i l'enfocament de gènere també vindria donat.  
(Informant 3)

Assenyalen la importància d'incloure en els currículums dels estudis de pregrau la formació en gènere.

La docència arriba molt malament perquè no està incorporada a dintre de les facultats de Medicina, d'Infermeria. En els primers cursos 3 o 4 que vam fer de gènere i salut a la Universitat de Bellvitge a l'Escola Universitària d'Infermeria, podien anar-hi estudiants de Medicina, però fonamentalment hi van venir estudiants d'Infermeria i allí vàrem poder organitzar la primera docència en perspectiva de gènere que jo conegui a les universitats d'Espanya i la vam fer a Bellvitge, promogut per una infermera.  
(Informant 1)

També assenyalen que la recerca ha d'anar unida amb la difusió i la formació.

Coneixement, coneixement... no està prou difós, no hi ha informació ni de postgrau que faci difusió de moltes dades de salut rellevants i especialment de dades que tenen a veure, bé... diguem amb el gènere, sí; o sigui, d'això, els estudiants que arriben no en tenen ni idea... o sigui, el model biomèdic, no ho sé en infermeria (em fa l'efecte que una miqueta hi és, però tampoc molt més, em fa l'efecte, eh?). Però vaja, la informació mèdica pre i postgrau no ha deixat introduir aquesta variable i aquest coneixement gairebé en absolut; llavors els professionals que els ha interessat, s'ho han buscat... perquè no està amagat, però és totalment marginal.  
(Informant 5)

Parlar de gènere en profunditat requereix no només voluntat, sinó que requereix estudi, requereix una base teòrica potent.  
(Informant 7)

La recerca realitzada en una societat androcèntrica, on el camp de la salut no ha estat exclòs, ens ha portat a la invisibilitat de les dones en aquest camp, limitant-se la salut de les dones a la salut reproductiva i esbiaixant l'atenció i els tractaments: "La salut de les dones s'ha estudiat i valorat sols a com salut reproductiva i aquest enfocament ha impedit abordar la salut de les dones des d'una perspectiva integral" (VALLS, 2009). Les nostres informants assenyalen en relació amb la formació la importància d'incloure la perspectiva de gènere en la formació en el pregrau en els estudis de les ciències de la salut, per evitar els biaixos que es donen en la praxi professional en relació amb el gènere i la manca d'esforç terapèutic i que actualment encara la formació que es dona està dins del paradigma biològic i androcèntric.

En relació amb la recerca assenyalen la importància de la inclusió de dones en els assaigs clínics i realitzar recerques amb perspectiva de gènere per generar

coneixements per a la desconstrucció del paradigma androcèntric. També assenyalen la importància d'incloure la metodologia qualitativa en les recerques.

Com assenyala l'informe de la Comissió de Determinants Socials de l'OMS del 2007, les dones han de ser inclosos en els assaigs clínics i altres estudis de salut. Els organismes de finançament de recerca han de promoure la recerca que amplia l'àmbit de la recerca en salut a les dimensions biomèdiques i socials, incloent-hi les consideracions de gènere i corregir els desequilibris de gènere en les comissions d'investigació, finançament, publicació i els òrgans consultius (SEN, ÖSTLIN, GEORGE, 2007).<sup>6</sup>

#### 5.1.6. FACTORS DETERMINANTS DE GÈNERE

Diverses autores i autors publicaven una edició monogràfica amb relació al gènere i la salut el 2004 en la *Gaceta Sanitaria*, on es posava de manifest la relació del gènere amb els problemes de salut (*Gaceta Sanitaria*, 2004).

Segons referència de Garcia-Calvente en la *Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud*, es perfilen dues tipologies de models per explicar les diferències en l'estat de salut entre homes i dones: els models biològics-genètics i els models socioculturals. Cap model per si sol pot proporcionar un marc complet d'anàlisi: un bon model seria aquell que té present el fet que existeixen efectes recíprocs entre el sexe i el gènere (GARCIA-CALVENTE, 2004).

En l'informe per la Comissió de Determinants Socials de l'OMS (SEN, 2007), assenyala el paper que juga el gènere com a determinant de la salut, posa de relleu l'estudi de les causes, factors i conseqüències de les desigualtats. Dintre de les causes, vincula el gènere amb determinants estructurals que afecten la salut i incorpora el gènere com a element que ordena valors, normes, pràctiques i comportaments que ens condueixen a l'exposició i vulnerabilitat a factors de risc diferencials.

La ideologia predominant, patriarcal i androcèntrica, històricament ha desvalorat les contribucions de les dones a la producció social i el treball reproductiu i la relació amb la salut.

Incloure sempre les condicions de treball, els temes de cultura en els quals una persona està immersa, si podem, el medi ambient laboral i en el que viu, el suport social que té en la seva vida quotidiana, tant de la família com de la societat i també les seves

---

<sup>6</sup> Disponible a [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf). Consultada el desembre del 2010.

percepcions subjectives de salut i malaltia, podríem dir com creu... com incorpora el tema de l'autoestima i el tema de perspectiva de futur d'aquell ésser humà.

(Informant 1)

Cal identificar els factors psicosocials de gènere en relació amb la salut i als problemes de salut determinats, si es vol prestar una atenció integral a les persones.

Les dimensions serien entrar en una comprensió de l'ésser humà biopsicosocial, en el qual el sexe és bio i el gènere és psicosocial. Els factors psicosocials de gènere estan en relació amb els diferents models de gènere (tradicional, transició i contemporani, igualitari).

(Informant 8)

Els factors de gènere subjectius estan interioritzats; dintre de 50 o 100 anys potser no funcionem així, però ara sí. Aquest factors a penes es treballen, és el meu cavall de batalla. Per la meva formació, he tractat d'introduir aquesta part en l'enfocament de gènere, però cal tenir coneixements sobre la subjectivitat per poder aplicar la categoria de gènere des dels factors subjectius de gènere.

(Informant 8)

A vegades, és important introduir si una persona és cuidadora o no a l'historial clínic com una variable de primera magnitud, pot fer pensar després què vol dir això... Personalment, jo crec que tot això està molt, molt enrere.

(Informant 5)

També assenyalen que hi ha exigències socials amb relació al gènere (estereotips de bellesa, complex d'Adonis (*vigorexia*), vestimenta, tallatge, sabates de talons...) que tenen repercussió en la salut de les persones i tenen una minsa resposta des del sistema sanitari.

Assenyalen que la realitat de la praxi professional està lluny de la desconstrucció del paradigma androcèntric i que fa falta formació i recerca dels professionals.

Doncs, a veure, a mi em sembla que és necessari desconstruir el paradigma en el qual hem estat formats i formades homes i dones.

(Informant 3)

El dolor de la dona no està ben estudiat, acudeix a les consultes i es tracta del que es té, però ara hi ha hagut una introducció de variable de gènere en aquest sentit, doncs, busquem punts sensibles, punts calents dins del sistema sanitari que ens indica que una cosa no l'estem mantenint bé, i busquem maneres de solucionar això, si volen fer una mica operatiu... Jo no sé si això ho tenen recollit... Ja et dic, a mi no m'ho explica ningú perquè jo estic a la pràctica, però jo no ho veig que hi hagi grans canvis en aquest sentit.

(Informant 5)

Cal promoure la recerca dels determinants de gènere en relació amb els problemes de salut.

Fomentar que hi hagi grups de treball, que es busquin paràmetres avaluable, que es puguin incloure en aquelles patologies que sembli que l'impacte de gènere és molt major i després ser capaços de vendre això no com un problema de les dones, sinó com un problema de l'ésser humà.

(Informant 5)

Hi ha informants que remarquen que el tema del gènere implica tota la societat i del que es tracta és de donar una atenció integral a les persones:

Una de les coses que per a mi és molt important és deixar clar que el tema de gènere no és un tema només de dones, és un tema de dones i d'homes i de tota la societat, i que a partir del moment que totes les persones, en la seva vida privada, com en la seva vida professional, comencin a considerar que vivim en una societat que no és una societat justa, i que això pot equilibrar-se, no serà millor només per a les dones, serà millor per tota la societat.

(Informant 7)

És a dir, la meua idea seria molt més de dir, a veure, fem aliances per tal que els serveis siguin serveis centrats en la persona.

(Informant 2)

Les nostres informants ens assenyalen la importància d'incloure els determinats de gènere si es vol prestar una atenció integral a les persones, i que per esbrinar els factors determinats pel gènere en el procés salut-malaltia vinculats a factors estructurals de la societat i als propis de cada individu cal fomentar l'estudi i la recerca des de la visió biopsicosocial de les persones.

#### 5.1.7. DIFICULTATS EN LA INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN LES POLÍTIQUES PÚBLIQUES

L'article 27 de la Llei Orgànica 3/2007 de 22 de març per la igualtat efectiva de dones i homes està dedicat a la *Integració del principi d'igualtat en la política de salut*.

##### Article 27:

1. Les polítiques, estratègies i programes de salut integraran, en la seva formulació, desenvolupament i avaluació, les diferents necessitats de dones i homes i les mesures necessàries per abordar-les adequadament.
2. Les administracions públiques garantiran la igualtat de dret a la salut de les dones i homes, a través de la integració activa, en els objectius i actuacions de

la política de salut, del principi d'igualtat de tracte, evitant que, per les diferències biològiques o pels estereotips socials associats, es produeixin discriminacions entre unes i altres.

3. Les administracions públiques, a través dels seus Serveis de Salut i dels òrgans competents en cada cas, desenvoluparan, d'acord amb el principi d'igualtat d'oportunitats, les següents actuacions:

a) L'adopció sistemàtica, dins de les accions d'educació sanitària, d'iniciatives destinades a afavorir la promoció específica de la salut de les dones, així com a prevenir la seva discriminació.

b) El foment de la investigació científica que atengui les diferències entre dones i homes en relació amb la protecció de la seva salut, especialment pel que fa a l'accessibilitat i l'esforç diagnòstic i terapèutic, tant en els aspectes d'assaigs clínics com assistencials.

c) La consideració, dins de la protecció, promoció i millora de la salut laboral, de l'assetjament sexual i l'assetjament per raó de sexe.

d) La integració del principi d'igualtat en la formació del personal al servei de les organitzacions sanitàries, garantint especialment la seva capacitat per detectar i atendre les situacions de violència de gènere.

e) La presència equilibrada de dones i homes en els llocs directius i de responsabilitat professional del conjunt del Sistema Nacional de Salut.

f) L'obtenció i el tractament desagregats per sexe, sempre que sigui possible, de les dades contingudes en registres, enquestes, estadístiques o altres sistemes d'informació mèdica i sanitària.

Analitzem amb les nostres informants què pensen d'aquesta Llei i quines dificultats creuen que hi ha per fer-la efectiva.

Jo crec que és la millor Llei europea, la llei d'igualtat i, com a llei, és una llei més detallista, vull dir que entra en elements no només crítics, sinó al detall.  
(Informant 2)

La perspectiva de gènere pareix que ha entrat a l'agenda política.  
(Informant 8)

La Llei ens ajuda molt, almenys per tenir una llei, parla per primera vegada de la història de les lleis de tot el món, perquè no he trobat altres lleis que diguin que les diferències

són importants, que l'assetjament sexual s'ha de tenir en compte en el treball, que es modifica la llei d'ordenació sanitària que ha de tenir en compte el sexe...

(Informant 1)

Les informants reflexionen sobre el procés de la política pública, que no tan sols es limita a la promulgació de la llei, sinó que cal disposar dels recursos necessaris per poder-la implementar. Una qüestió és la igualtat de dret i l'altra la igualtat de fet, i és on apareixen les dificultats que, segons les nostres informants, les referencien d'aquesta manera:

La llei és una bona regulació, el que passa és que la llei no és la política pública. La identificació entre llei i política pública em fa molt mal, perquè, a més, això fa la impressió que ja hem fet la llei, ja hem acabat.

(Informant 2)

Estem en un país en una tradició molt de confondre les polítiques públiques amb la llei, aquest és un assumpte clau. Inclosa la gent també d'elevadíssim nivell d'instrucció diu ja tenim una llei, és com si ja tinguéssim una política pública, quan la llei és un ingredient, però sempre absolutament insuficient de les polítiques públiques.

(Informant 2)

La llei és un marc, no? El que posem dintre és cosa de la societat i, si la llei no és capaç d'omplir el marc, es pot produir una situació de desengany. Tenim el marc, però no el quadre, no el tenim; només tenim el marc...

(Informant 5)

La dificultat moltes vegades ve perquè no estan impresos els recursos per portar endavant les polítiques que propulsa la llei... que jo sàpiga, tot això no s'està fent, s'està fent d'una manera anecdòtica.

(Informant 3)

Falta la voluntat de la gent que dissenya polítiques públiques que conegui l'amplitud d'aquesta llei i l'apliqui, no és una "làbia", sinó un dret de ciutadania que tenim en aquest moment i l'hem d'aprofitar; però dependrà de qui faci les polítiques i de la voluntat política de les persones que la fan.

(Informant 1)

Si no hi ha voluntat política i tots els nivells, no solament en la salut, sinó en tots els nivells; encara que els de més amunt tenen més responsabilitat que els de més avall, no?

(Informant 6)

Les informants referencien que la llei per la igualtat efectiva de dones i homes i l'article dedicat a la integració del principi d'igualtat en la política de salut, és una bona llei,

però que cal diferenciar la llei de la política pública, ja que cal posar les eines perquè aquesta voluntat política expressada en la llei arribi a implementar-se. Segons les nostres informants, aquestes eines anirien des del coneixement d'aquesta llei per part de les persones que desenvolupin la llei, els recursos i la formació en gènere.

La perspectiva de gènere ha entrat en l'agenda política en l'àmbit estatal. Analitzarem el procés que segueix a Catalunya, on s'integra el nostre estudi.

En el marc de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, aprovat per la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, la Generalitat de Catalunya té competències exclusives en polítiques de gènere. Estableix clarament la integració de la dimensió de gènere en l'elaboració i l'aplicació de totes les accions polítiques que duguin a terme tots els poders polítics catalans en el desenvolupament de les seves competències.

L'Institut Català de les Dones és l'organisme del Govern que dissenya, impulsa, coordina i avalua les polítiques de dones i per a les dones que desenvolupa l'Administració de la Generalitat.

L'estratègia compartida per totes les unitats del Govern de la Generalitat de Catalunya quant a les polítiques de dones es plasma en el Pla de Polítiques de Dones 2008-2011.

El nostre estudi, com ja hem mencionat abans, s'emmarca dins de l'Eix 5, "Qualitat de vida i cohesió social".

L'objectiu general 5.4.: Garantir una assistència sanitària sense biaixos de gènere tenint en compte la diversitat femenina, té com a objectius específics:

Objectiu específic 5.4.1.: Avançar en el coneixement de la salut de les dones i en l'anàlisi del sistema de salut des de la perspectiva de gènere.

Objectiu específic 5.4.2.: Sensibilitzar i millorar els coneixements de les professionals i els professionals de l'àmbit sanitari en perspectiva de gènere.

Objectiu específic 5.4.3.: Incloure la perspectiva de gènere en la prestació i el desplegament dels serveis sanitaris (aquest objectiu coincideix amb l'objecte del nostre estudi).

En relació amb la integració de la perspectiva de gènere dins de les polítiques públiques sanitàries, les informants ens assenyalen:

El Pla hauria d'incidir en la realitat de l'assistència sanitària i de les polítiques públiques en sanitat, les actuacions que presenta són de molt d'estudi.  
(Informant 1)

Ens falta aquesta transposició de les enquestes epidemiològiques de la vida quotidiana i de quines mesures es prenen sobre això i com intentar canviar l'assistència que es fa des dels centres sanitaris per incloure la perspectiva de gènere i que visibilitzés el que els passa a les dones.

(Informant 1)

Tot el tema d'investigació i tot el tema de recerca amb els indicadors de criteris estan dissenyats per gent que no tenen perspectiva de gènere, amb la qual cosa no facilita altres maneres d'entendre la salut, i té a veure amb un model biomèdic.

(Informant 4)

A l'hora de dur-lo a la pràctica, et trobes la manca de recursos i aquestes resistències, perquè realment incloure la perspectiva de gènere en la salut implica uns canvis molt, molt profunds del sistema actual...

(Informant 3)

La primera cosa és que, quan tu fas... has d'incloure l'avaluació en aquest pla, el pressupost i proposar-te objectius i prioritzar-los.

(Informant 1)

Les actuacions que fa referència al Pla per assolir els objectius són principalment de recerca, de realització d'estudis i de formació, però es queden minsos per al canvi que s'espera segons les nostres informants.

#### 5.1.8. ANÀLISI DEL PROCÉS DE LES POLÍTIQUES PÚBLIQUES I LES DIFÍCULTATS EN LA INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE

Analitzem amb les informants les fases que segueixen les polítiques públiques per veure quines dificultats i a on radiquen perquè la perspectiva de gènere sigui present fins a la implementació de la voluntat política expressada en la llei.

En el procés de desenvolupament de les polítiques públiques, s'identifiquen les següents fases:

- Compromís polític: que s'adquireix per la voluntat política i es tradueix en un marc normatiu. La publicació en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* dels decrets pels quals es creen els plans directores (legislació).
- Disseny i planificació: es desenvolupa el marc normatiu, amb la publicació dels plans directores. S'estableixen els objectius estratègics, les prioritats i les actuacions, així com l'assignació de recursos materials, financers i humans.



- Implementació i gestió: posar en marxa les intervencions dissenyades pels plans directors. En el cas del sistema sanitari, implementar-ho amb el procés assistencial.
- Seguiment i avaluació: anàlisi de les intervencions realitzades amb el propòsit de determinar en quina mesura s'han assolit els objectius previstos.
- Difusió pública: comunicació als agents interessats i la ciutadania dels resultats de les intervencions (Políticas de investigación en salud, OMS).

La planificació sanitària del Departament de Salut de Catalunya té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la disminució de les desigualtats. Els plans directors tenen com a objectiu fer operatives les polítiques marcades pel Pla de Salut.

Els plans directors com a política pública s'insereixen dins del procés de les polítiques públiques. Hi ha una informant que es mostra crítica amb aquest model de planificació dels plans directors, referint que aquest tipus de planificació substitueix l'acció, ja que són documents poc àgils per treballar els temes de salut. La salut de la població va canviant constantment, la realitat va massa de pressa per a aquest tipus de planificació i referencia que cal canviar el paradigma de com es treballa.

En la societat contemporània, vivim en una societat postplanificació, tantíssims tècnics, tantíssims alts funcionaris, interessos... així de clar, i que aquesta substitueix l'acció.  
(Informant 2)

Els plans directors, en lloc de ser documents àgils i funcionals molt orientats a l'acció, l'estan substituint.  
(Informant 2)

I amb la idea que tu tinguis un edifici coherent de posar cursos d'acció; és clar que l'acció en una societat com la que vivim, pluralista, contradictòria, en continu canvi, posttradicional etc., ja quan has acabat el pla director, la gran construcció del que s'hauria de fer, ja han canviat pràcticament molts paràmetres de la realitat.  
(Informant 2)

D'aquesta manera, l'únic que fas, no solament és perdre el temps, sinó que mentrestant la realitat està canviant, estàs utilitzant els teus esforços en una via que és una via morta en la majoria dels casos.  
(Informant 2)

L'anomenada fase de planificació substitueix totes les altres fases.  
(Informant 2)

Les accions proposades pels plans són accions que s'han fet per intentar donar resposta a una realitat que va massa de pressa i perden vigència.

(Informant 2)

Jo crec que vivim en una societat postplanificació i que, per tant, aquesta idea de planificació, consistent, coherent i tal, que no, que no funciona ni funcionarà.

(Informant 2)

Aquests plans directors, que s'acaben en el mateix Pla Director, jo crec que aquí, en general i en totes les polítiques públiques, s'ha de canviar, s'ha de canviar el paradigma de com es treballa, perquè, si no, no s'inicia el desplegament real de la política pública.

(Informant 2)

Per tal d'incloure la perspectiva de gènere en tot el procés d'una política pública de salut, caldria que es basés en l'estudi de les necessitats reals, no tan sols en l'*Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA), sinó també en l'anàlisi de la pràctica assistencial dels centres hospitalaris i dels centres d'Atenció Primària. La planificació hauria d'estar en funció de l'anàlisi i tota intervenció pública ha de ser avaluada perquè les despeses són públiques.

Per tant, que corresponguin les necessitats als objectius i que qualsevol política pública que es fa amb diner públic no es faci per fer veure coses.

(Informant 1)

La integració de la perspectiva de gènere en la política pública requereix voluntat política en tot el procés, no tan sols en el compromís polític, però les informants destaquen que manquen mecanismes i formació en gènere per fer realitat aquest compromís polític.

La màxima autoritat sanitària crec que sí que la té, el que passa és que després els directors generals, que són els qui manen en realitat, no tradueixen i llavors jo crec que el que manca és realment que aquestes persones que estan determinant quines són les polítiques que no són a nivell polític, que són a *nivell* tècnic, haurien d'estar no solament informades i formades, sinó que estiguin amb una obligació d'aplicació.

(Informant 4)

Aquí passa que, com que no es coneix molt bé el que és gènere, doncs es fa una mica... no se sap molt què fer, probablement les persones que dissenyen les polítiques haurien de tenir més formació, temps de reflexió...

(Informant 6)

Jo estic als dos nivells, al de formació i, per sort, he pogut estar al nivell de les polítiques, encara que ja estic, la veritat, esgotada, introduir als nivells de les polítiques les estratègies... al Ministeri van estant, amb molt d'esforç... però van estant, almenys està

escrit, no vol dir que tota la gent del Comitè ho hagi comprès, però està, és un primer pas estratègic que estigui en el Pla. Després cal desenvolupar-ho.

(Informant 8)

També s'assenyala la necessitat de crear observatoris per vetllar i seguir la trajectòria dels canvis introduïts i posar en evidència la realitat existent.

Fan falta observatoris que realment estiguin darrere i que impliqui personal i que impliqui recursos que es pugui aplicar en un mínim (indicadors) de qualitat, en aquest sentit, és com l'Observatorio de la Mujer; jo crec que seria una de les maneres.

(Informant 4)

Una informant deixa entreveure que, a part de la crisi econòmica, hi ha el criteri de com es reparteixen els recursos.

És necessari que hi hagi algú que vetlli per totes aquestes qüestions; i després una cosa molt important, que no és una història de crisi econòmica, que també existeix; té a veure amb com es reparteixen els diners, i amb com es reparteixen els diners té a veure... I està comprovadíssim que, en qualsevol crisi, tot el que té a veure amb... queda en no res.

(Informant 4)

Les expertes assenyalen que la perspectiva de gènere es perd en les primeres fases del procés de la política pública i les causes que assenyalen són la manca de voluntat política en tot el procés, la forma de planificació, la manca de formació en perspectiva de gènere dels redactors i redactores, la manca d'observatoris que vetllin el seguiment dels canvis introduïts i la manca de recursos per desenvolupar les lleis.

En el disseny i en la planificació, es perd aquesta intenció.

(informant 1)

En relació amb la formació de les persones implicades en la redacció dels plans, una de les informants assenyalava:

Es relaciona amb la formació que tenen els redactors i redactores dels plans. Si els han format en un màster d'ESADE o no sé què, o han fet algun curs de perspectiva de gènere en alguns dels múltiples que es fan.

(Informant 1)

La majoria de persones que planifiquen, legislen no tenen una perspectiva de gènere en profunditat. Si la tinguessin, hi hauria tota una estratègia que el que estem proposant no són quatre preguntes més en les enquestes, no estem parlant d'això, si no d'entendre la salut des que homes i dones són diferents en algunes coses.

(Informant 3)

Una informant assenyala que hi ha diferents marcs teòrics d'enfocament en el procés que dificulta la integració de la perspectiva de gènere en la praxi professional:

En la planificació i en la salut pública hi ha un marc teòric més permeable a l'epidemiologia social i, per tant, al gènere i als elements psicosocials i en el pla assistencial el model biomèdic és molt hegemònic, com no es canviï aquest marc teòric... i hi ha una escletxa.

(Informant 8)

Hi ha informants que són més crítiques amb el sistema i relaten que el propi sistema patriarcal genera mecanismes per fer que la pressió sigui relativa i ho compara amb les crisis econòmiques i les paradoxes del sistema capitalista.

Crea maneres d'incorporar petits canvis perquè aconseguixi...; llavors, pel que fa a mi, la perspectiva de gènere és que hem creat instruments que són formals perquè no van a les causes, llavors, és clar, pot tenir una voluntat política, però aplicada la perspectiva de gènere seria d'una altra manera al sistema sanitari.

(Informant 4)

No és que es trenqui, si no que és com es va passant un sedàs, cada vegada es crema més (la gent va molt saturada), cada vegada que anem baixant és com si les estructures anessin estrenyent, com si no es pugui tocar el terme, però no hi ha una barrera; és la perversió del propi sistema; la visió que tens com a estructura i després sí que és cert, que per a mi és fonamental, és el tema de la formació, però una formació real.

(Informant 4)

Els canvis que es poden anar introduint en les primeres etapes del procés en relació amb la perspectiva de gènere són declaracions d'intencions, i no s'acompanyen de les eines necessàries perquè arribi al final del procés, es van perdent perquè fallen els mecanismes de transmissió.

En el moment actual es trenca un poc... hi ha una insuficiència del pas de les normatives i reglamentacions a les intervencions per insuficiència. Allí es parla d'igualtat i equitat, però no de determinants. Per insuficiència en la comprensió del model biopsicosocial per a la clínica i amb gènere, no està suficientment desenvolupat i, per tant, no penetra.

(Informant 8)

Hi ha informants que es mostren crítiques en aquest disseny de polítiques públiques. Assenyalant que és molt vertical i es crea una escletxa entre qui planifica les polítiques, qui les implementa i a qui van dirigides. Manquen mecanismes de participació, d'aquí la importància d'introduir les xarxes:

Es talla en la implementació i gestió, com no hi ha participació, hi ha una escletxa. El procés de planificació és molt vertical.

(Informant 8)

Cada vegada més, si tu rastreges la teoria de les polítiques públiques i sociològiques, cada vegada hi ha més literatura femenina que masculina en què et diuen que la governança així no anirem enlloc. És el disseny, i això és pel gènere i per tot.

(Informant 2)

No pot ser un procés vertical, el disseny de les intervencions i una forma de gestió participativa des de baix, ja que cal transformar mentalitats, no es pot posar com actuacions protocol·litzades des de dalt. Ha de ser una metodologia participativa no vertical, sinó comunitària i participativa.

(Informant 8)

La idea que tenen sociòlegs i politòlegs molt prestigiosos és que tota aquesta història del funcionament de l'Administració pública en general és com una evitació contínua del test de la realitat, de confrontar-se amb la realitat, el que fa tot això és dir quan s'aplicarà? Quan passarem a la prova de la realitat?

(Informant 2)

Jo crec que les dones se senten còmodes en espais comunitaris, en espais civils com li vulguem dir, de la societat civil; que això no vol dir estar en contra ni de les institucions ni res d'això; però que això els dóna força i seguretat.

(Informant 2)

A través de les xarxes, xarxes informadores en l'acadèmia... xarxes de gent clau amb punts focals en tècnics i tècniques dels serveis de gestió i planificació, xarxes amb les associacions de malalts, connexió d'aquestes xarxes... que tot això es tingui en compte.

(Informant 8)

També s'assenyala la importància de la participació en les polítiques de les persones expertes:

L'únic que s'ha pogut organitzar una mica millor a Catalunya, crec que són els estudis de gènere, estudis interdisciplinaris, el màster, que això va lligat a la docència de diferents especialistes. Això pot ajudar en la docència; després en les polítiques públiques hem de tenir en compte l'opinió de les persones expertíssimes.

(Informant 1)

Són diverses les dificultats que assenyalen les nostres informants per a la integració de la perspectiva de gènere en el procés que segueixen les polítiques públiques; van des que en el disseny i la planificació es perd la voluntat política, la manca de formació en gènere de les redactores i els redactors dels plans, dels diferents marcs teòrics presents, de l'escletxa que existeix entre els planificadors, els professionals i els usuaris/àries. Manquen mecanismes de participació en tots els àmbits (professionals, usuaris/àries, xarxes...).

Hi ha informants que assenyalen que, en realitat, no es va a l'arrel del problema i que el mateix sistema patriarcal genera mecanismes perquè la pressió sigui relativa i l'anomena la perversió del sistema.

En relació amb el seguiment i avaluació, les nostres informants pensen que no es du a terme i això representa una dificultat per poder redreçar les polítiques.

Jo no sé quina és la fuga, però tinc la impressió que, probablement, els que tenen la responsabilitat més alta pensen que és així, però en un pensament molt intel·lectual, que no han vist quines dificultats porta això i que després no són capaços de fer-ne un seguiment avaluador del que està passant.

(Informant 5)

No es fa avaluació, fa anys que els plans de salut tenen com a objectiu, *pues*, algun específic, però després que jo sàpiga, no he vist cap avaluació.

(Informant 3)

No s'avalua, però és que en la majoria de les vegades no es passa a fer propostes que s'enfrontin amb la realitat, propostes i vull dir propostes de l'acció.

(Informant 2)

Explorem quines dificultats relaten les nostres informants en relació amb la implementació d'aquesta voluntat política traduïda en decret.

Ens assenyalen que es relativitza la importància d'integrar la perspectiva de gènere en les polítiques públiques i, en la realitat, no es prioritza o no se sap transmetre des de les altes instàncies als que dissenyen i redacten els plans la importància que té amb vista a la igualtat i a la qualitat d'atenció.

La primera dificultat en la voluntat política és no veure que aquest és un problema que, amb canvis oportuns, podria millorar molt la salut i pensar que són uns problemes menors, quan realment són uns problemes majors.

(Informant 1)

És probable que la màxima autoritat sanitària pensi que això s'ha de fer així, és segur que la voluntat política que hi ha al darrere és la que és, però pel que sigui no ha sortit. És clar que hi ha molta feina, però no estem dient que és important prioritzar aquesta? Per això, que no sé...

(Informant 5)

Una gran part la societat civil està sostinguda per dones, per tant, jo crec que s'ha de posar en valor això i donar-li molt valor i, en les polítiques públiques, no se li dona i se li dona més importància a això, al coneixement formal, als plans a tot el que no està orientat a aquesta practicitat, amb els baixos que comporta.

(Informant 2)

Crec que hi ha moltíssimes pressions que fan que això sigui prioritari o no ho sigui; això que és prioritari en el paper, després es dilueixi en un munt d'exigències d'altres tipus que no tenen gens incorporada la visió de gènere, ni gens incorporada la importància d'això... (Informant 5)

També assenyalen que es necessita un canvi més profund en la sanitat, un canvi real de paradigma, passar del paradigma biològic i tècnicista al paradigma biopsicosocial.

Per exemple, els cardíologs de l'hospital no tenen un gran interès a elaborar una guia sobre l'infart i la dona, sinó que tenen un interès gran per adquirir tecnologies punteres al seu diagnòstic, i això pressiona, i això fa que unes coses passen per davant de les altres, jo tinc la impressió que va així.  
(Informant 5)

Hi ha informants que pensen que no es va a l'arrel del problema i no es qüestiona el model androcèntric i que el canvi hauria de ser més profund:

Ningú no es qüestiona el model androcèntric; les persones que planifiquen fan els plans, no es qüestionen.  
(Informant 3)

Jo crec que... és impossible que sense gent formada es pugui portar a terme, però a l'inrevés no ho sé, perquè jo crec que es poden produir canvis; de fet, es produeixen canvis, però, realment, arriba fins a un límit. Jo sóc molt optimista en els canvis que es puguin produir, però no crec que els canvis que es produeixin siguin com s'estan fent, perquè, en realitat, no canvien les estructures.  
(Informant 4)

No estem canviant tot el model de salut, el model biomèdic, és absurd que no hi hagi un treball en aquest sentit. Llavors tot això ha de canviar; sí que hi haurà canvis, per exemple, en tot el tema de formació hi podria haver canvis, sí que es millorarà, però l'arrel si no hi ha un canvi més profund...  
(Informant 4)

Per introduir-lo a la clínica fa falta situar-se en el model biopsicosocial, posant atenció a la subjectivitat.  
(Informant 8)

Una informant apunta en el sentit que hi ha professionals que no són conscients del biaix de gènere en relació amb la salut.

Quan als professionals els comences a parlar del biaix de gènere que afronten, hi ha reaccions. No saben que tracten de manera diferent un home que una dona perquè és

automàtic i estereotipat. Els components biopsicosocials i el biaix són dos punt molt delicats i és a força de formació.

(Informant 8)

Les nostres informants no dubten de la voluntat política, però manifesten que tan sols es prioritza sobre el paper i no es posen els mecanismes per poder fer la voluntat política realitat. Assenyalen que cal canviar el paradigma biomèdic cap a un paradigma integral (biopsicosocial) i que, per a això, fa falta formació des del pregrau.

També assenyalen que els canvis s'introdueixen a l'agenda política per instàncies polítiques superiors (Unió Europea, OMS, ONU...) i que comporten un compromís polític.

Sí, sí que es perd, és clar que es perd. Es perd o ni es comença a contemplar. Però ja te dic, això jo crec que és un procés... ni que sigui per compromisos polítics i per un mandat de l'Estat i de la Comunitat, això ha d'estar...

(Informant 7)

El coneixement que existeix de gènere-salut i el procés salut-malaltia no està incorporat a l'assistència, hi ha una escletxa immensa, pot haver-hi plans estupends i són paper mullat, no arriben a l'assistència, no arriba ni els principis, ni el manament de fer-ho, hi ha una gran escletxa, en l'assistència estan més allunyats que en la salut pública.

(Informant 8)

Segons Rivera Garreta, el procés d'integració de la perspectiva de gènere a les polítiques públiques és complex, ja que el gènere és una categoria d'anàlisi que forma part d'una ideologia que ha permès les dones desfer-nos del "biologisme" i del discurs de "el natural" (RIVERA GARRETA, 2003).

Una informant assenyala respecte a això:

O sigui, primer hi ha una consciència ideològica, després això s'incorpora també a la part més acadèmica. Es comença a desenvolupar un cos teòric, un cos de... d'evidències. Però que això arribi al polític, això és un... requereix temps. I estem en aquest procés.

(Informant 7)

També ens assenyalen que la perspectiva de gènere pot generar suspicàcies en alguns professionals:

Generen, de vegades, suspicàcies i el dubte. Això és ideològic o és científic?. És clar, perquè la formació, que és la formació dels metges i de les infermeres, dels professionals de la salut... doncs... el que no te vingui presentat com a científic i que te soni a ideologia, és molt més difícil d'entrar.

(Informant 5)



Però acaba dient:

Davant l'evidència, les coses acaben caient pel seu propi pes.  
(Informant 5)

En relació amb la integració dels coneixement de gènere en la praxi professional, una informant assenyala:

Jo sempre els dic que aprenen coses molt més difícils. El que passa és que s'ha d'estar permeables a una altra forma de pensar.  
(Informant 8)

Una informant remarca que les polítiques de gènere no han de mostrar tan sols les parts negatives de les dones, sinó que la societat no és justa.

Fóra molt important que la política de gènere no fos una estafa, i no fos que fes veure les dones encara més tristes, dependents, malaltes, més amoïnades; o sigui, no ens veien i ara ens veuen del negatiu sempre, i crec que això no és així.  
(Informant 5)

Una de les coses que per a mi és molt important és deixar clar que el tema de gènere no és un tema només de dones, és un tema de dones i d'homes i de tota la societat, i que, a partir del moment que totes les persones, a la seva vida privada, com a la seva vida professional, comencin a considerar que vivim en una societat que no és una societat justa, i que això pot equilibrar-se, no serà millor només per a les dones, serà millor per a tota la societat. Però els homes han de veure i han de creure també en això.  
(Informant 5)

Hi ha informants que assenyalen les dificultats i el risc de retrocés en els avanços aconseguits.

Però ara encara estem actuant marginalment i fem el que podem per explicar que això es podria fer a nivell públic, però no estem en aquest moment històric.  
(Informant1)

Jo crec que això és una de les coses que nosaltres que tenim clar hem d'anar transmetent, perquè és un risc, jo crec que hi ha un risc de retrocés. Hem avançat molt, però també donem les coses per fetes i, quan dius que no, que no estan fetes, hi ha un risc, hi ha un petit risc de retrocés.  
(Informant 5)

En relació amb l'article que fa referència a la salut de l'Avantprojecte de Llei per a la ciutadania, igualtat entre homes i dones, una informant assenyala la importància dels mecanismes per tal de desenvolupar la llei:

Sí, és que realment són molts objectius alhora... no et diria jo que no s'hagin de citar, perquè, quan hi ha una llei, tens més drets, però, com sempre, necessitaran plans que concretin la llei: o sigui, la llei et dona el marc i després has de tenir un pla d'actuació amb unes prioritzacions i unes mesures per ser avaluades, *pues* això és el que falta.  
(Informant 1)

Les nostres informants assenyalen que està la Llei, però falten els plans d'actuacions adequats i que queda molt de camí per recórrer i que hi ha el risc de retrocés.



## 5.2. ANÀLISI DE LES ENTREVISTES DEL SEGON GRUP: PERSONES EXPERTES IMPLICADES EN EL DISSENY DEL PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES CARDIOVASCULARS

L'objectiu que ens hem proposat per a aquest grup és el d'analitzar si els elements que hem considerat que intervenen per a la integració de la perspectiva de gènere en el Sistema Sanitari són presents en l'elaboració del *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV). Així com les dificultats que es presenten en la integració del gènere dins de les polítiques públiques del Departament de Salut. En l'apartat 2.5.2.2. "Treball de camp: Fonts orals", del capítol 2.5 "Metodologia", hem justificat la selecció d'aquest grup, atès que les malalties cardiovasculars són la primera causa de mort per a les dones.

El Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori i el seu Consell Assessor es crea amb la publicació del Decret 28/2006 de 28 de febrer (DOGC 4584 del 3 de març). Segons normativa de la Generalitat de Catalunya, el fet de realitzar un informe d'impacte de gènere en les disposicions generals, és a dir, lleis, decrets, resolucions i ordres és preceptiu, però no vinculant (Llei 13/1989, art. 63.d, del 14 de desembre i la Llei 26/2010, art 64.3.d, del 3 d'agost).

En la presentació del *Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori* (PDMAC), la màxima autoritat sanitària de Catalunya assenyala que "la planificació sanitària és un dels eixos fonamentals de la política del govern. En aquest marc, la planificació sanitària del Departament de Salut té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'eficàcia dels serveis de salut" (Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori, Generalitat, 2006).

En concret, la finalitat dels PDMAC és fer operatives i prioritzar les polítiques pel Pla de Salut que considera les malalties de l'aparell circulatori com un problema de salut important.

L'*Organització Mundial de la Salut* (OMS) el 2002 va elaborar un document sobre la integració de la perspectiva de gènere en la labor de l'OMS i assenyala entre els seus objectius:

- Promoure l'equitat i la igualtat entre homes i dones al llarg de tota la vida.
- Promoure la integració dels assumptes de gènere en els sistemes de salut (OMS, 2002).

En la 60a Assemblea Mundial de la Salut (WHA60.25), en el punt 12.12 de l'ordre del dia 23 de maig de 2007, ens parla de la incorporació de l'anàlisi i les accions de

gènere en les activitats de l'OMS. En un dels punts, insta els estats membres a avançar cap a la igualtat entre homes i dones en l'àmbit de la salut, i també demana que es tingui en compte en la planificació de les polítiques sanitàries i en la capacitat del personal d'atenció de salut (OMS 2007).

Per a Sen, George i Östlin, com que els caràcters biològics són diferents entre els homes i les dones, el fonament de l'equitat de gènere en matèria de salut cal que es recolzi en l'absència de biaix. S'ha de començar amb un examen detallat del contingut de l'equitat de gènere per assolir que el biaix no es disfressi de diferència biològica "natural". L'anàlisi de l'equitat de gènere i de salut es basa en el fet que, si bé existeixen diferències biològiques i històriques, aquestes no condueixen "naturalment" ni justifiquen una situació social o drets diferents o desiguals en les societats que són justes (SEN, GEORGE i ÖSTLIN, 2005).

Abans de passar a l'anàlisi dels discursos dels nostres informants i les nostres informants, farem una referència a la idiosincràsia del Sistema Sanitari Català i el que assenyala un informant respecte a aquesta peculiaritat, en la qual el CatSalut és el garant de les prestacions sanitàries de cobertura pública i el Departament de Salut recupera la funció de planificació i avaluació i promou el projecte de descentralització que ha permès incorporar els ajuntaments en els *Governos Territorials de Salut* (GTS). El CatSalut compra i avalua els serveis sanitaris en funció de les necessitats de la població, tot desenvolupant, d'una banda, una gestió integral de l'oferta i la demanda, i de l'altra, la comunicació amb la ciutadania i la seva participació.<sup>7</sup>

Una consideració a tenir present en les polítiques sanitàries és el que apunta un dels informants: l'existència de dificultats per aconseguir que tots els proveïdors realitzin les activitats planificades pel Departament de Salut.

Però a l'hora de passar les polítiques que tu dissenyes des del Departament de Salut, passar-les al CatSalut perquè faci, a través dels incentius que sigui, de la compra o altres mecanismes, que els proveïdors realitzin les activitats que facin possible solucions de salut que s'han dit des del Departament, aquí hi ha una distància molt gran, i tenim dificultats.

(Informant 1)

L'informant 1 relata, quant al Sistema Sanitari, que, en el vessant dels serveis assistencials, la xarxa s'estén per tot el territori, i que és efectiu i eficaç, però que, quan es parla d'activitats relacionades amb la salut pública, no hi ha xarxa assistencial. En aquest context, pren especial importància la promulgació de la llei de

---

<sup>7</sup> Disponible a [http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix\\_models.htm](http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_models.htm). Consultat el 12-1-2011.

Salut Pública, Llei 18/2009 de 22 d'octubre de 2009 (DOGC núm. 5495, 30 d'octubre de 2009) per poder desenvolupar l'Agència de Salut Pública (art.16), ja que, com hem mencionat, el teixit assistencial en relació amb la salut pública no hi era i, per tant, el CatSalut no podia comprar els serveis.

El mateix informant ens relata la manera de poder incloure les activitats de Salut Pública en els proveïdors, així com la necessitat d'incloure la perspectiva de gènere en els Plans Directors.

Les prioritats del Pla de Salut i veure si se'n podia fer alguna mena de planificació que no fos tan estratègica, però que fos, diuen, més operativa. I jo dic, no és tan operativa, és tàctica. De posar tots els elements necessaris perquè es puguin realitzar aquestes necessitats per part del proveïdor.

(Informant 1)

És quan s'escullen les prioritats que marca el Pla de Salut i es proposa fer plans directors que impliquin no només fer una anàlisi epidemiològica, sinó buscar aquelles àrees d'intervenció que són més clares, que estan més demostrades. I això és l'element de gènere. Perquè és molt clar per a tothom que l'epidemiologia dona molts senyals que les coses no són iguals en els homes que en les dones.

(Informant 1)

L'informant 1 mostra les dificultats que es presenten al Departament a l'hora d'integrar els aspectes de Salut Pública a l'atenció sanitària que porta a terme el CatSalut. Ens assenyala que un dels Plans més importants és de les Malalties de l'Aparell Circulatori, ja que aquestes són la causa primera de mort en la població, estan relacionades amb la mort prematura i són causa de pèrdua de mobilitat. Un dels valors del Pla és vetllar per l'equitat territorial, d'edat i de gènere i que aquesta és una de les més importants.

Per analitzar la integració de la perspectiva de gènere dins del Pla Director de les Malalties Cardiovasculars, als nostres informants se'ls fa referència del marc normatiu del Pla Director de les Malalties de l'Aparell circulatori, que, després de definir els objectius en l'article 2.2, remarca que es tingui en compte la variant gènere per tal d'oferir una atenció integral que doni resposta a les necessitats de les dones. El Decret de 28/2006, de 28 de febrer, pel qual es crea el Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori i el seu Consell Assessor (DOGC, núm. 4584 – 2.3.2006).

Article 2 :

2.1. El Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori té per funcions:

a) Analitzar les necessitats de salut i de serveis sanitaris dels grups de població afectats per malalties cardiovasculars i per malalties vasculars cerebrals.

- b) Proposar àrees prioritàries d'actuació en els àmbits de les malalties cardiovasculars i les malalties vasculars cerebrals.
- c) Definir les mesures que cal adoptar des del punt de vista de la planificació, l'ordenació i l'avaluació dels serveis sanitaris per tal de millorar l'atenció primària, especialitzada i urgent de les patologies associades amb les malalties cardiovasculars i les malalties vasculars cerebrals i la coordinació entre els diferents nivells assistencials.
- d) Definir mesures adreçades a prevenir i controlar els factors de risc associats a aquestes malalties i a evitar les recurrències.
- e) Desenvolupar mesures adreçades a la millora de la rehabilitació d'aquestes malalties.
- f) Desenvolupar estàndards de qualitat d'atenció d'aquestes malalties.
- g) Dissenyar plans d'actuació per fomentar la recerca i la docència en l'àmbit de les malalties de l'aparell circulatori.
- h) Formular propostes per desenvolupar el marc normatiu que potenciï la prevenció i l'atenció de qualitat d'aquestes malalties.

**1.2 En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats.** (Decret de creació del Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori i el seu Consell Assessor, DOGC, núm. 4584 de 2-3-2006).

Per tal d'analitzar com s'ha integrat aquest mandat en la redacció del Pla, hem realitzat entrevistes a persones implicades en la seva redacció. A continuació, es presenta l'anàlisi realitzada. En concret, ens ha interessat analitzar si, en la redacció del Pla, els agents implicats han tingut en compte els elements que hauria de tenir una política pública en perspectiva de gènere. Igualment, les entrevistes han anat dirigides a identificar les dificultats que es presenten per a aquesta integració.

També hem realitzat una entrevista a la màxima responsable de l'*Institut Català de les Dones* (ICD) de qui intercalarem algunes reflexions amb el relat dels nostres i les nostres informants de privilegi.

Les entrevistes han estat dissenyades segons el perfil de cada persona entrevistada, per tal d'aprofundir en els temes de què més ens podrien informar.

Pensem que és important conèixer el sexe dels nostres i les nostres informants en relació amb les respostes que donen. Per aquest motiu, si l'informant és home, ho assenyalarem al darrere de la identificació amb una *H* i, si és dona, amb una *D*.

### 5.2.1. VISIBILITAT

El primer pas per planificar una política pública en perspectiva de gènere és fer visibles les dones en tots els elements i situacions que estan relacionats amb la salut i els seus problemes.

Per aconseguir aquesta visibilitat, cal desagregar totes les dades que es recullen per sexe. Una de les fonts d'informació cabdals del Departament de Salut és l'*Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA)<sup>8</sup>, ja que aporta dades rellevants sobre la morbiditat, mortalitat, nivell d'estudis, classe social, situació laboral, condicions de treball, treball domèstic, consum de tabac, percepció de l'estat de salut, utilització dels serveis sanitaris... Tal com es diu en la presentació de l'ESCA, aquesta enquesta ens permet analitzar les relacions entre les característiques socioeconòmiques, els estils de vida, l'estat de salut, el consum dels recursos assistencials i la valoració que en fan, així com analitzar l'evolució d'aquests elements i l'efectivitat de les intervencions sanitàries que es duen a terme (*ESCA 2006*, Generalitat 2009).

Aquestes dades s'utilitzen per realitzar la diagnosi de l'estat de salut de les persones que viuen a Catalunya i es publiquen en diferents informes (*Salut en Xifres*)<sup>9</sup>. Són la base per establir la política sanitària explicitada al Pla de Salut<sup>10</sup> i, posteriorment, aquestes dades, posades en relació amb altres fonts d'informació, seran la base de l'anàlisi de la situació en el Pla Director determinat.

En l'anàlisi de la situació que es realitza al Pla Director de les MCV, caldria analitzar no tan sols la morbiditat, mortalitat, ingressos hospitalaris... sinó també els elements relacionats amb els factors de risc i els problemes de salut estudiats, cercar relacions dels factors socials que puguin estar implicats amb aquests factors de risc i que, per diferents motius, han quedat ocults.

Pel que fa a la desagregació de dades, en les entrevistes realitzades, es fa menció a la resolució ASC/437/207 de 5 de febrer per la qual es dóna publicitat a l'Acord de govern de la Generalitat de Catalunya de 14 de març de 2006, relatiu a la producció i el desenvolupament d'estadístiques desagregades per sexes, i es pregunta als informants i les informants pels mecanismes a través dels quals s'ha traslladat aquesta normativa a la redacció del Pla.

Les persones informants sí que ens assenyalen que el primer pas per desenvolupar en una política amb perspectiva de gènere és fer les dones visibles, desagregant les dades per sexe, per després poder realitzar l'anàlisi de gènere.

L'últim Pla de Salut ha seguit un canvi radical amb els plans anteriors, perquè ha tingut en consideració en l'exploració de les dades fer una anàlisi comparativa segon sexe i això et pot donar llum per entendre, per una banda, les diferències i, per l'altra, desigualtats.

(Informant 5-D)

<sup>8</sup> Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/r15.pdf>. Última revisió, 6-3-2011.

<sup>9</sup> Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1935/salutxifres2009.pdf>, Última revisió, 6-3-2011.

<sup>10</sup> Disponible a <http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut>. Última revisió, 6-3-2011.



La majoria de les entrevistades i els entrevistats refereixen que ho van tenir en compte en la redacció del Pla Director. Per la nostra banda, en l'anàlisi que hem realitzat del Pla, hem trobat que no totes les dades que s'inclouen estan desagrades per sexe. No trobem creuament de les dades dels factors de risc amb les dades de tipus socials, que ens permetria la posterior anàlisi en relació amb el gènere. Les dades desagrades per sexe es queden en la mera descripció.

Un informant ens comenta que la desagregació suposa un problema a l'incrementar-se els indicadors:

El que passa és que això té un problema, és que un indicador llavors es converteix en tres. Home, dona, total.

(Informant 1-H)

Els objectius del Pla Director estan formulats en genèric i, per tant, no tenen en compte la variació dels indicadors amb relació al sexe.

Una altra cosa és que tu, a l'hora de formular-te un objectiu o una activitat, puguis parlar en genèric, però has de saber que després, a l'hora d'avaluar-la, no en tindràs prou dient: la mortalitat per infart ha baixat el 8%. Ha baixat un 8% en els homes, ¿i en les dones? I a Tarragona i al Pirineus també? O resulta que a Barcelona ha baixat el 7% i als Pirineus ha pujat i només s'ha reduït fins al 6%? I això és el que és molt complex.

(Informant 1-H)

Un altre informant ens assenyala la dificultat pel que fa a la recollida de dades i la construcció d'indicadors.

Sí, però *lo* que diuen els Plans Directors de possibles indicadors i d'allò als indicadors finals... jo ja et dic, de tots estos plans directors no... encara s'està treballant el tema d'indicadors i de com recollir-los i des d'on recollir-los, perquè és que, realment, realment, és complicat i és difícil, és molt complicat.

(Informant 9-H)

Al demanar dades del seguiment del Pla, els informants i les informants ens comuniquen que:

No tinc dades perquè és que les dades, l'origen de les dades és molt dispers, per tant, no... S'estava parlant d'un registre, d'un registre... i és un tema que encara s'està treballant des dels plans directors. Els registres *lo* que incorporaran seran les dades... el sexe segur que l'incorporaran. Vull dir que és que, a *demés*, és automàtica la de sexe, a la que entres una dada, tens lo sexe, o sigui, tot això ha d'anar en relació amb un fi, per tant, lo sexe el tens.

(Informant 9-H)

Els registres de seguiment no són clars.

A l'analitzar les entrevistes veiem una diferència entre els informants redactors del Pla (exdirector, director del Pla i els responsables del Pla a les TTE) i els informants que formen part de la planificació sanitària del Departament de Salut.

Els primers veuen la desagregació per sexes com un element que forma part de l'epidemiologia, la distribució dels problemes de salut per sexe, i no es plantegen fer una anàlisi posterior i menys analitzar els elements que estarien relacionats en aquesta distribució.

Però em sembla que, per recollir dades en general, crec que no és necessari aquesta indicació, perquè sempre es té en compte al parlar de l'afiliació d'un pacient.  
(Informant 3-H)

Sí, sí. Tens raó, sí. Perquè en alguns informes, depenent dels informes, sí que surten el percentatge d'homes, de dones... Però, en els informes globals, no.  
(Informant 8-H)

El sexe està sempre registrat. Ara, ¿fer anàlisi per separat? A vegades, sí, a vegades, no.  
(Informant 2-H)

Hi ha un informant que diferencia quan s'està realitzant una recerca i les dades generades per l'activitat diària.

Ja, però és una cosa... Jo crec que són coses diferents... Una cosa és un estudi, un assaig clínic que es faci a un... Inclús es discriminava per sexes, és a dir, que les dones no interessava que formessin part dels estudis per la raó que fora o perquè inclús eren minoritàries en molts estudis, a l'hora dels estudis, i això és una cosa que s'ha dit molt i s'ha repetit. [...] Una altra cosa, la pròpia epidemiologia, jo crec que, per pròpia definició, ha de recollir el sexe de les persones. Per tant, si algun estudi epidemiològic només s'ha fet amb homes, serà perquè el... tindrien interès per estudiar només els homes en aquell moment, però no pas perquè això tingués un component, diguéssim, de discriminació de gènere, ¿no?  
(Informant 3-H)

Que el sexe sí que consta, però, a partir d'aquí, no crec que hi hagi molta cosa.  
(Informant 8-H)

Els informants i les informants que formen part directament de planificació del Departament (sotsdirector general de Planificació Sanitària, coordinadora de Plans Directors i coordinadora Política i Gènere del Departament) entenen que no és el mateix la diferència entre sexes i l'anàlisi d'aquestes diferències en relació amb el

gènere i que cal donar un pas més en aquest sentit que no s'ha donat en la redacció del Pla.

Ara, tampoc no ens podem enganyar pensant, com que en les fonts d'informació hi ha home i dona, ja tenim el component de gènere resolt, perquè no és això. [...] Per a mi, parlar de gènere implica fer un judici, jutjar si és que hi ha alguna diferència, en quins elements del rol social, atributs dels homes o les dones poden haver ajudat a allò. I aquí sí que estem, jo penso que lluny, que estem molt lluny. Però aquesta seria, per a mi, la idea principal.

(Informant 1-H)

Una altra informant apunta:

En teoria, avui per avui no n'hi ha cap que no ho reculli. Si no es recull la variable sexe, és perquè no ha advocat, perquè, realment, a vegades, no toca. Però allà on s'ha de recollir la variable es recull. Una altra cosa és que tots els estudis que es fan i tot el que es fa després se'n faci una anàlisi per gènere, que això ja és més complicat, hi ha mancances.

(Informant 6-D)

En concret, se'ns explica que:

Estem fent un document, que hi ha un esborrany sobre els sistemes d'informació sanitària, tant del Departament que ho encapçala, tot el lligat al sistema sanitari, amb perspectiva de gènere. S'ha fet com un *check-list* de totes les bases de dades, de tot... si es recull la variable sexe, comença per aquí, o sigui, és un recull i després podrem fer una anàlisi per gènere.

(Informant 6-D)

Diversos/es informants assenyalen la diferència entre informació i formació, atribueixen a la manca de formació la no-realització de l'anàlisi de les dades en relació amb el gènere:

Sí, però perquè encara no hi ha gaire formació en aquest... No perquè la gent... no perquè no tingui aquesta informació. No l'analitza per això, perquè no hi ha una formació, però és un problema de la formació, suposo, de la gent.

(Informant 6-D)

Una cosa és donar la informació. Una altra cosa és en la interpretació, i jo vaig i intento valorar les coses amb una perspectiva també on influeix, que el rol social que s'atribueix avui als homes o a les dones en aquesta qüestió, *pues*, interpreto, no sé si és una... Llavors aquí estem molt lluny, molt lluny.

(Informant 1-H)

Hem fet unes recomanacions, el que passa, que encara no s'han difós, es va, es va traslladar l'Acord de govern a les diferents unitats del Departament perquè ho tinguessin en compte, amb una distribució a totes les direccions generals i, a part, nosaltres, des del grup Kyria, s'han fet unes recomanacions, per introduir la perspectiva de gènere en els sistemes d'informació en l'àmbit de la salut, i estan en revisió actualment.

(Informant 7-D)

Hi ha informants relacionats directament amb el Departament de Salut que ens assenyalen la dificultat en la recol·lecció de dades i l'anàlisi posterior d'aquestes amb la perspectiva de gènere, indicant que no hi ha un mecanisme estable de revisió:

I no ho sabem fer aflorar, i no en sabem, no en sabem. I hi ha molts homes i moltes dones ara a les administracions, ¿eh? I no en sabem. És un tema que no... ens quedem molt curts. Tinc la sensació que encara ens falta, encara ens falta.

(Informant 1-H)

Hem de fer un pas més, bé, això és un problema que ens hi trobem, és una cosa que, és que és com un... pas a pas, ¿no? Vull dir... hem d'anar com mentalitzant, sensibilitzant... que sembla que tothom ho té al cap, però, de vegades... d'actuar, no ho acaba executant, aleshores el que anem fent és un record, vull dir, no, no, no hi ha un mecanisme estable de revisió, actualment, de, de com s'estan recollint les dades. Això actualment no existeix.

(Informant 7-D)

En l'entrevista realitzada a la màxima responsable de l'*Institut Català de les Dones* (ICD), ens assenyalava aquesta manca de l'anàlisi posterior de les dades desagregades per sexe quant al gènere:

En aquests moments, està molt ben desglossat, és a dir, existeix a tot arreu per un acord de govern i la qual cosa, fixa't... encara aquesta cultura, aquesta resistència cultural, més d'imaginari i simbòlics, a vegades, fan que l'explicació de les dades recollides no contempli la desagregació per sexes, però, en canvi, si vas a dintre... les dades ja són totes desagregades, el que passa que l'explicació, a vegades, encara generalitza i universalitza, per tant, aquí ha d'haver-hi un treball de qui destil·la i treballa amb aquest material.

S'ha començat a fer el primer pas en la desagregació de les dades per sexe (Acord de govern de la Generalitat de Catalunya de 14 de març de 2006 ), però el Departament de Salut no disposa de mecanismes estables de revisió dels documents.

En l'ESCA del 2006, es recullen moltes variables que es podrien creuar i ens donarien informació per poder realitzar l'anàlisi de gènere, però encara estem lluny d'aquesta anàlisi de les dades relacionades amb el gènere. Percebem que hi ha una escletxa entre els informants i les informants que formen part de les unitats de planificació del Departament i els altres i les altres informants. Tal com apunta una d'elles, potser la manca de formació pel que fa al gènere està en relació amb la falta de mentalització

quant a la importància de la desagregació de les dades i la relació d'aquesta amb els biaixos d'atenció que ens porten a les desigualtats per raó de gènere.

### 5.2.2. ÚS DEL LLENGUATGE ESCRIT I VISUAL

Tal com diu Aitana Garí, en *Hablamos de Salud*: "El discurs és una forma d'acció social que produeix coneixement, ja que proposa una visió del món que mobilitza una determinada subjectivitat en les persones que el reben i acceptem aquesta representació del món com a realista i vertadera" (GARÍ, 2006). És d'aquesta manera que mantenim que el llenguatge escrit i visual crea imaginari. Si busquéssim la imatge d'una persona amb un infart o preguntem a la població quina imatge tenen d'una persona que pateix del cor, generalment, es refereix un home executiu, de mitjana edat, amb vestit, corbata, amb cara de patiment i la mà al pit. S'ha creat un imaginari en relació amb les malalties del cor que reflecteix un home i gairebé mai no trobem imatges de dones. Tant és així que, en l'imaginari popular, les malalties del cor són la primera causa de mort per als homes, no així per a les dones, que refereixen que és el càncer, quan, en realitat, és al contrari. Així l'imaginari popular pensa que les malalties del cor estan relacionades, principalment, amb el sexe masculí. Aquestes opinions estan recollides en l'enquesta duta a terme pel grup Pamyc (*Programa Aragonés de Mujer y Corazón*, 2008) i altres estudis realitzats.

Les persones informants ens donen la seva opinió del tractament que es va fer del llenguatge dins del PDMCV. La gran majoria de persones entrevistades indiquen que no hi ha constància ni percepció que el discurs, tant escrit com visual, és androcèntric.

L'imaginari popular quant a l'infart és d'un home, potser perquè tenen més homes infart que dones.

(Informant 4-H)

Si no s'agafa la imatge d'una dona per representar una persona amb infart, és perquè també n'hi ha menys. Les imatges utilitzades en el Pla és cosa dels dispensadors, dels artistes, dels creadors que estan en el seu món. Jo, això, no ho sé, no ho sé.

(Informant 2-H)

Alguns informants no es mostren conscients en la utilització del llenguatge d'emprar el genèric masculí per referir-se als dos sexes, igual passa amb les imatges.

En la utilització del llenguatge, penso que s'ha de tenir en compte quan és necessari especificar per sexe, quan no és necessari, no. No sempre és necessari. Si és necessari especificar perquè allò té la connotació que sigui, és diferent que en una dona que en l'home, *pues* ho haurem d'especificar, és clar, això a la dona i això a l'home. [...] Però la veritat... si em vol creure, que no m'hi he fixat mai en aquestes coses.

(Informant 3-H)

A veure, del llenguatge... podríem dir... *Bueno*, jo sempre parlo de pacients, ¿no? Però els que parlen de malalts... no diuen són 50 malalts i malaltes, ¿no?  
(Informant 8-H)

Pel contrari, persones relacionades amb el Departament ens assenyalen que al Departament es revisen lingüísticament les presentacions, però no hi ha una unitat de gènere per revisar els documents. Es realitza formació a través de l'escola de funció pública, desenvolupant cursos de llenguatge no sexista.

Es nota, cada vegada es nota que és un tema que no està com estàvem fa uns anys, ¿eh? Ara, queda per fer, ¿eh? Queda encara per fer.  
(Informant 6-D)

Es revisa la condició lingüística, però no crec que hi hagi res específic. No hi ha una intenció de llimar-ho.  
(Informant 1-H)

Quant a les imatges, sobretot, en els fullets, a vegades, passen, hauria d'haver-hi una unitat de gènere que revisés el material.  
(Informant 6-D)

El Pla Director, quan es refereix a les persones que han format part de les diferents comissions de l'elaboració del Pla, ens parla "d'actors del Pla".

El llenguatge està molt lligat al tema de la visibilitat, no tant en números, però sí, en presència... Quan parles dels nens... per exemple, el protocol del nen sa, ¿per què el nen? Per exemple, ¿no? Això, per exemple, es vol canviar... "Actors del Pla".  
(Informant 7-D)

Continua assenyalant que es va millorant quant a la utilització del llenguatge i remarca que encara no es disposa de mecanismes de revisió relacionats amb el gènere:

El llenguatge s'ha tingut molt més en compte. També és veritat que som un departament molt gran i generar mecanismes de revisió en aquesta, en aquest sentit... és difícil. Jo crec que s'ha millorat. Jo porto aquí des del 2004, i jo crec que s'ha millorat. [...] Sí que és veritat que no hi ha mecanismes estables de revisió de tots aquests aspectes, és una qüestió més de... és una de les mancances que potser...  
(Informant 7-D)

Una informant assenyalava que, en la utilització del llenguatge per part de certa gent, hi ha errors conceptuals pel que fa a la utilització dels termes sexe i gènere, però que la formació pot pal·liar aquest problema:

Quan les persones fan formació, deixen d'utilitzar malament el llenguatge. No parlar de gènere quan és sexe i no parlar de gènere quan és sexe. Es pensa que, per parlar millor,

de treure la paraula *sexe* i posar *gènere* ja està fent servir... Vull dir que hi ha molts errors conceptuals i tal que es van arrossegant i és perquè no es té formació.

(Informant 6-D)

Una informant ens comenta que la utilització d'imatges en les presentacions és més qüestió personal, però que les persones ja es comencen a fixar en com s'utilitzen aquestes representacions:

Quan estàs fent un document, la gent s'hi fixa, és allò de... *bueno*, però és que aquí surt un nen i no surt una nena o per què, per què apareix una dona quan està curant i per què no apareix un noi... fins i tot, a la pàgina web es perceben... jo he percebut canvis. Per exemple, abans la infermera sempre era una dona i el metge... era el metge, i no una metgessa, doncs, coses d'aquestes que es... es tenen en compte.

(Informat 7-D)

Hi ha informants que assenyalen que, en la utilització del llenguatge, no cal ser gaire crítics per no crear resistències, ja que hi ha gent que pensa que la utilització d'un llenguatge genèric no exclou les dones.

Els informants que formen part del Departament són més conscients de la importància del llenguatge visual i escrit quant a la visibilitat de les dones i no utilitzar un llenguatge sexista ni androcèntric, encara que des del Departament no existeixen mecanismes estables de revisió. Els altres informants no donen importància al llenguatge.

### 5.2.3. TRANSVERSALITAT

Les polítiques públiques en relació amb el gènere han de ser transversals. A Catalunya, tal com hem mencionat en el capítol 3 "Anàlisi de les polítiques de Dones a Catalunya: Evolució i canvis polítics", es va formalitzar en la Llei de transversalització de gènere, Llei 4/2001, de 9 d'abril, de modificació de l'apartat 2 de l'article 63 de la Llei 12/1989 d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat.

Incorporar la perspectiva de gènere a totes les polítiques tal com ho recull el Pla de Polítiques de Dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2008-2011. Per poder dur a terme aquesta transversalització, es va crear la Comissió Interdepartamental de l'ICD amb aquestes funcions:

- Coordinar les accions i els projectes dels diferents departaments de la Generalitat, en exercici de les competències que estableix l'article 9.27 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya.
- Proposar a la Junta de Govern de l'Institut Català de les Dones les mesures normatives necessàries per fomentar la igualtat d'oportunitats i la no-discriminació entre homes i dones.

La Comissió Interdepartamental està formada per:

- a) President/a: el/la conseller/a de la Presidència.
- b) Vicepresident/a: el/la president/a de l'Institut Català de les Dones.
- c) Una persona representant de cadascun dels departaments en què s'organitza la Generalitat de Catalunya, que n'ocupi una secretaria general o una direcció general.
- d) La persona titular de la Secretaria General o Direcció General de Joventut.
- e) La persona titular de la Secretaria General o Direcció General de l'Esport.
- f) La persona titular de la Direcció Executiva de l'Institut Català de les Dones.
- g) Secretària: una persona que tingui la condició de funcionària adscrita a l'Institut Català de les Dones.<sup>11</sup>

L'informant amb responsabilitats directes amb el Departament de Salut analitza la importància cabdal de les Comissions Interdepartamentals en les polítiques i del gran esforç que suposa, actualment, portar-ho a la pràctica. Assenyala que, des del Departament de Salut, s'ha intentat moltes vegades, ja que les polítiques de salut han de ser transversals, pels múltiples factors que estan relacionats amb la salut i que aquest treball caldria que fos exclusiu d'alguna persona, perquè, si no, el treball es dispersa i es burocratitza:

Aquí les persones estan treballant en moltíssimes coses, no hi ha ningú que treballi en una. Per fer una política interdepartamental, cal anar als departaments, al territori i no fer comissions burocratitzades.

(Informant 1-H)

Continua assenyalant la importància que té el fet de desenvolupar polítiques transversals, però que no es posen els mitjans per dur-les a terme, burocratitzant-ne la gestió:

És una pena perquè ens estem carregant una oportunitat, és molt maco de dir, però porta molt d'esforç, es tracta de parlar, negociar, pactar i fer.

(Informant 1-H)

Comenta també que moltes vegades la fase d'anàlisi s'allarga i dificulta el fet de passar a l'acció:

Farem un document i vinga analitzar la realitat i així és difícil passar a l'acció.

(Informant 1-H)

---

<sup>11</sup> ICD: [http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/organisme\\_fitxa.jsp?codi=9802](http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/organisme_fitxa.jsp?codi=9802). Última revisió, 16-1-2012.



Explica la complexitat de la Comissió Interdepartamental i assenyala que, donada la importància d'aquesta, faria falta que les persones que s'hi dediquessin foren d'alt nivell; això comportaria un canvi qualitatiu important en les polítiques de salut:

Estem en un moment que podria ser un canvi qualitatiu.  
(Informant 1-H)

I acaba raonant que Catalunya, quantitativament parlant, té un bon nivell de salut (esperança de vida, mortalitat infantil, mortalitat evitable...) i que caldria desenvolupar la Salut Pública i el fet de treballar d'una manera transversal és el que donaria un valor afegit.

Les informants que tenen responsabilitats directes amb el Departament de Salut formen part del grup Kyria i ens relaten que el 2004, en el procés d'elaboració del nou Pla de Polítiques de Dones per part de l'ICD, es va veure la necessitat de desenvolupar polítiques transversals. Per introduir i impulsar des del Departament de Salut, la perspectiva de gènere en totes les polítiques, es va crear un petit grup intern que, a més a més, estaria assessorat per gent externa amb altres visions que no fossin estrictament sanitàries (mitjans de comunicació, àmbit de cooperació...) i presidit per la consellera. El grup extern tan sols s'ha convocat una vegada, el dia de la constitució. Refereixen que, per problemes d'agenda, s'utilitza com a xarxa assessora. Una informant assenyala: "Tenim pendent treballar altra vegada amb tot el grup".

El grup intern Kyria, el formen cinc persones (l'adjunta de Direcció del Departament de Salut, la cap del Pla de Salut, la coordinadora de Plans Interdepartamentals, la coordinadora Polítiques de Gènere del Departament i una persona de l'Institut Estudis de la Salut-IES per a la gestió de la formació). En l'àmbit territorial, s'han demanat referents en temes de gènere a les diferents regions sanitàries, però ha costat establir una persona referent en temes de gènere:

Diguem que hem tingut un èxit desigual en funció de la regió.  
(Informant 6 -D)

Al preguntar pel grup Kyria a l'anterior director i a l'actual director del Pla, hem pogut constatar que no saben de la seva existència, pel que podem deduir que no tot l'equip redactor del Pla és coneixedor del treball transversal que havia engegat el mateix Departament de Salut.

Quant al treball transversal, l'informant 3, actual director del Pla, assenyala que es treballa d'una manera transversal amb Salut Pública. Quan li pregunto per l'Institut Català de les Dones, contesta:

No en tinc ni idea. Doncs, jo crec que no, però això potser li hauríem de preguntar a una altra persona, perquè bàsicament el que fem és tocar el Pla Director des del punt de vista, com li diria jo?, assistencial.

(Informant 3-H)

I l'exdirector del Pla ens diu:

Amb l'Institut Català de les Dones, nosaltres no hi vam treballar; el Departament suposo que sí, no ho sé.

(Informant 2 -H)

Des del Departament es fan els seguiments dels compromisos que es tenen, sobretot, amb l'ICD, referits amb el Pla de Polítiques de Dones i després temes puntuals. Hi ha reunions periòdiques amb el *Consell Nacional de Dones* (CND) i els temes a tractar van en funció del que es demana com a prioritari.

Quant a la Comissió Interdepartamental, una informant comenta que les que lideren i coordinen la Interdepartamental són les de l'ICD, creant una sèrie de comissions que treballen amb tots els departaments. Per la seva banda, el Departament de Salut també lidera, com a tal, comissions interdepartamentals (grup Kyria...):

Per exemple, en el protocol, que jo és el que més domino, tot el tema de violència, *pues* estem tots els departament aplicant-ho els que estem implicats en aquest tema, que som molts. Aquí sí que és transversal total.

(Informant 6-D)

El Departament de Salut també participa en la Comissió Interdepartamental del Ministerio de Sanidad:

Jo estic a la Comissió de Violència i d'aquesta penja tota una sèrie de grups de treball. Es va fer un protocol en què participen totes les comunitats autònomes com a referència.

(Informant 6-D)

A partir d'aquí, tenint en compte la llei de l'eradicació de violència de gènere de Catalunya, s'han fet els protocols d'actuació:

Nosaltres hem fet el nostre àmbit de salut, dels serveis sanitaris, com hem d'actuar en els nostres serveis sanitaris quan el cas entra per la porta, però, si la dona va a una comissaria, *pues* ha d'haver-hi el protocol de com s'ha de prendre aquest cas des d'Interior, com s'ha de prendre des d'Educació o com s'ha de prendre des de qualsevol altre departament, ¿no?

(Informant 6-D)

Acaba la seva reflexió dient que incloure el gènere en la praxi professional depèn de la sensibilitat d'aquest.

Les actuacions depèn molt de la sensibilitat que tenen els professionals, i això és *lo* que hem d'intentar cada vegada, anar cap a l'equitat, ¿no? Que no depengui d'això, ¿no? Perquè són temes que depenen molt d'aquesta sensibilitat del gènere.  
(Informant 6-D)

Quant a la Regió Sanitària TE, hi ha una persona del Departament que acudeix a les reunions interdepartamentals liderades per l'ICD. Les actuacions que treballen estan en relació amb el Pla de Polítiques de Dones 2008-2011.

- Eix 6: Intervenció integral contra la violència masclista.
- Eix 5: Qualitat de vida i cohesió social.

Hem preguntat si es treballa en la interdepartamental des del territori, el Pla de MCV i ens refereixen que no.

Si a cas, *a nivell* central, *a nivell de* territori, *lo* que fem és *lo* micro, no fem *lo* macro. *Lo* que són polítiques, *lo* que són polítiques se fan des del Departament. Des d'aquí, ¿què fem? Aplicar aquells programes o aquelles coses que ens fixen al territori i intentar que aquestes coses funcionin.  
(Informant 9-H)

En relació amb la transversalitat, continua havent-hi l'escletxa entre els informants pròpiament del Departament i els altres professionals. A partir de les entrevistes realitzades, hem detectat que no relacionen les polítiques transversals en relació amb el gènere ni la necessitat d'aquestes amb relació al Pla Director i, a més a més, alguns no coneixen l'existència del grup Kyria.

La transversalitat es treballa mitjançant la interdepartamental liderada per l'ICD pel que fa al Pla de Polítiques de Dones 2008-2011. Fora dels objectius de l'ICD, constatem que no es treballa el tema del gènere d'una manera transversal. Existeix una persona referent a la regió sanitària que està realitzant formació en gènere i salut, però que no està com a referent de gènere en tots els programes de salut.

#### 5.2.4. PARTICIPACIÓ

L'article 7 del Decret de 28/2006, de 28 de febrer, pel qual es crea el Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori i el seu Consell Assessor (DOGC, núm. 4584 – 2.3.2006), parla de la composició del Consell Assessor de Malalties de l'Aparell Circulatori.

A l'apartat *d*, assenyalat el nombre i les característiques de les persones que en formaran part com a vocals:

“Fins a un màxim de 60 persones, totes elles expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit de les malalties cardiovasculars i les malalties vasculars cerebrals vinculades a les universitats catalanes, a centres sanitaris, a l'àmbit de l'atenció primària, a col·legis professionals de l'àmbit de les ciències de la salut, a institucions i centres de recerca biomèdica, a societats científiques, a associacions de pacients i familiars, associacions d'usuaris i usuàries, a entitats o grups de dones amb activitat en l'àmbit de la salut de les dones i a les administracions sanitàries”.

I, en l'apartat 7.2, diu:

“En la composició del Consell Assessor es procurarà assolir la presència d'un nombre de dones que representi un mínim del 50% del total de persones membres d'aquest òrgan col·legiat”.

La Llei orgànica 37/2007 per a la igualtat efectiva de dones i homes estableix les pautes generals per a la presència equilibrada de dones i homes en els poders públics.

4. La composició dels diferents equips i grups de treball del Pla i de les comissions relacionades amb les malalties cardiovasculars, en relació amb el sexe, com ja hem assenyalat en l'apartat 4.5.1. “Indicadors de la perspectiva de gènere en el PDMCV”, del capítol 4 “Descripció i anàlisi de la perspectiva de gènere dels plans directors”, és la següent:

*Participants del Pla Director*

<i>Participants del Pla</i>	<i>Dones</i>	<i>Homes</i>
Equip Pla Director	42,8% ( 3 )	57,1 % (4)
Col·laboradors/es Departament	42,5% (23)	57,4% (31)
Consell Assessor	33,3% (19)	66,6% (38)
<i>Comissió Permanent Cardiovasculars</i>	21,4% (3)	78,5% (11)

### *Grups de treball malalties cardiovasculars*

<i><b>Grups de treball</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA	36,8% (7)	63,1% (12)
SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	15% (3)	85% (17)
AVALUACIÓ EN LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	16,6% (1)	83,5% (5)
FORMACIÓ EN LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	0 % (0)	100% (9)
ANGIOPLÀSTIA PRIMÀRIA	9,1 % (1)	90,9% (10)
CODI INFART	12,5% (1)	87,5% (7)
PREVENCIÓ VASCULAR	38,8% (7)	61,1% (11)
DIABETIS	14,2% (2)	85,7% (12)
CARDIOPATIES CONGÈNITES	35,2% (6)	64,7% (11)
MALALTIA VASCULAR PERIFÈRICA	0 % (0)	100% (8)
REHABILITACIÓ CARDÍACA	33,3% (6)	66,6% (12)

### **COORDINACIÓ DELS GRUPS DE TREBALL DEL PDMCV**

<i><b>COORDINACIÓ</b></i>	<i><b>Dones</b></i>	<i><b>Homes</b></i>
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA		1
SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA		1
AVALUACIÓ EN LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	NC	NC
FORMACIÓ EN LA SÍNDROME CORONÀRIA AGUDA	NC	NC
ANGIOPLÀSTIA PRIMÀRIA	NC	NC
CODI INFART	NC	NC
PREVENCIÓ VASCULAR		1
DIABETIS		1

CARDIOPATIES CONGÈNITES		1
MALALTIA VASCULAR PERIFÈRICA		1
REHABILITACIÓ CARDÍACA		1

(NC: No consta)

Com mostren les dades presentades, la composició és majoritàriament masculina i, sobretot, en algunes especialitats.

En l'entrevista realitzada a la presidenta de l'ICD, ens assenyala en relació amb la paritat :

Probablement, s'ha d'actualitzar l'argumentari sobre la necessitat de la paritat en els òrgans de representació i presa de decisió. Jo crec que hi ha hagut un afebliment dels relats sobre la importància d'això. [...] No és igual... que hi hagi només homes... o només dones, sinó que el que és important és que on es prenen les decisions sigui al màxim de representatiu de la realitat diversa i diferent de la societat. Per tant, aquesta és una exigència.

Pel que fa a la composició, el sotsdirector general de Planificació Sanitària del Departament ens assenyala que els membres de la Comissió Permanent de les MCV representen les institucions i hi forma part la persona que envien a la Permanent. Es mira que sigui paritari en funció del territori, del nivell assistencial i sexe. Constatem que el percentatge d'homes és molt més elevat (el 21,4% de dones i el 78,5% homes) i lluny de la paritat.

Una informant assenyala que, arran de la llei per a la igualtat de dones i homes, en alguns òrgans es va posar la clàusula de la paritat, i continua dient:

Que un òrgan sigui paritari per sexe, això la veritat és una cosa que no... aquí al Departament no s'insisteix gaire, perquè jo crec que no és un punt de qualitat.

(Informant 6-D)

I acaba dient que no és de les coses que més els importa. L'altra informant del Departament assenyala:

Me'n recordo quan l'Institut Català de les Dones ens fan de recordatori i, de fet, això va ser un pacte que vam dir: ostres, doncs sí, ho hem de posar, quan fem els plans directors, s'ha d'incloure aquest percentatge, ¿no?" I s'ha intentat fer, però, de vegades, no hem trobat representants. S'han escollit per raó d'expertesa.

(Informant 7-D)

La raó que ens dona un informant en relació amb el percentatge de dones i homes en les comissions i grups esmentats és que l'especialitat de cardiologia encara està molt masculinitzada:

La cardiologia, a vegades, és molt masculina, la neuro ja no ho és tant i la càrdio, quan més agut, més homes, com més crònic i més fumut, més dones, ¿eh? I llavors potser aquí sí que hi ha... hauríem de mirar, on.. fins on jo he mirat és fins aquí, de tota manera, em sorprèn una miqueta, ¿eh?

(Informant 1 -H)

L'exdirector assenyala que es van escollir tenint en compte la representació territorial i que estiguessin representades totes les tendències. En relació amb la presència de dones, assenyala:

I que hi hagués dones, evidentment, també. N'hi havia unes quantes dones, no *fifty, fifty*, perquè no n'hi ha prou, de dones cardiòlogues, científiques. Ara, d'aquí a uns anys, ja n'hi haurà més, perquè les doctores joves, hi ha més dones que homes i després serà més fàcil això.

(Informant 2-H)

També van participar societats professionals (Societat Catalana de Cardiologia, Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Associació Catalana de Medicina d'Emergències, Societat Catalana de Rehabilitació, Societat Catalana de Pediatria...) i associacions professionals i relacionades amb les MCV (Associació GICOR, Associació Catalana d'Infermeria...).

L'actual director assenyala que les persones es van seleccionar pel seu valor científic i que no es discrimina a ningú per raó de sexe i que tan sols reflecteix la realitat existent:

No són a les comissions un 40 o un 50 per cent de dones. Tampoc ho són perquè, probablement... perquè no hi ha un 40 o 50 per cent de cardiòlogues i /o que sí és segur és que no ha deixat de participar cap dona en cap comissió pel sol fet de ser-ho. Ni tampoc se l'ha seleccionat pel sol fet de ser-ho.

(informant 3-H)

En relació amb l'especialitat de cardiologia assenyala que, quan fan el MIR, tenen la possibilitat de triar l'especialitat i que ell pensa que no s'elegeix en funció del sexe.

En la regió sanitària, existeix la Comissió del Codi Infart i el grup d'Insuficiència Cardíaca. Aquests s'han format, segons informen els entrevistats, tenint en compte el lloc de treball i no la paritat amb relació al sexe dels professionals.

La composició de la Comissió del Codi Infart és de 19 persones, el 68,4 % de les quals són homes i el 31,5% són dones. El responsable assenyala:

A part de la seva qualitat, és circumstancial que sigui home o dona. No em diguis que... la Rosa ha tingut *menos* oportunitats o més oportunitats o que l'Albert ha tingut més o *menos* oportunitats.  
(Informant 9-H)

El grup d'Insuficiència Cardíaca de la Regió Sanitària de les TE, que més tard analitzarem (en el 3r grup), està format per 17 professionals (10 dones i 7 homes).

La paritat en les comissions és una mesura més teòrica que real, no se li dóna importància a aquesta paritat. Les persones que participen en l'equip del Pla són, majoritàriament, del sexe masculí i la Comissió Permanent està lluny de la paritat, com constatem en el recompte efectuat. Passa el mateix en els diferents grups de treball: en el grup de treball en la Formació de la Síndrome Coronària i el de la Malaltia Vascular Perifèrica, tots els components són de sexe masculí. El que sí que ha primat en l'elecció dels diferents actors i actrius del Pla és la representativitat del territori i la representació de les diferents associacions i societats científiques. En el Consell Assessor, les associacions que hi formen part són totes de caràcter professional. Quan hem introduït el tema de la paritat, assenyalàvem l'apartat 7.2 del Decret de creació del Pla: "En la composició del Consell Assessor es procurarà assolir la presència d'un nombre de dones que representi un mínim del 50% del total de persones membres d'aquest òrgan col·legiat". El Consell Assessor està format pel 33,3% de dones i el 66,6% d'homes; queda lluny del que marca la legislació.

#### 5.2.5. RECERCA

La recerca genera coneixement, és la base de la formació dels professionals per poder traslladar, posteriorment, a la praxi professional les evidències trobades. En el camp de les MCV, les recerques realitzades han evidenciat la relació del sexe/gènere amb les MCV, visibilitzant les diferències i les desigualtats en relació amb el gènere.

Es pregunta a les persones informants si dins del Pla es contempla la recerca.

Ens diuen que hi ha un altre pla director/programa en relació amb la recerca i que no hi ha gaire relació entre els dos plans. Assenyalen la importància de la recerca i la poca que se'n fa, atribuint-ho a la manca de recursos, però també algun informant es mostrant crític quant a la validesa de certs estudis publicats relacionats amb el lloc on s'han fet els estudis:

Tot *lo* que plantegi preguntes necessita respostes, i les respostes són *a base de* recerca i jo crec que encara... per a mi, encara hi continua havent preguntes respecte al gènere



entre... Per exemple, inclús en la malaltia coronària, ¿eh? Hi ha qui veu molt clar determinades coses i jo crec que algunes no *estan* tan clares, s'haurien d'investigar més... Ara, ¿cómo i dónde?  
(Informant 3-H)

*Bueno*, que s'ha d'investigar, les dones s'han d'investigar, a veure perquè hi ha diferències i quines característiques... Potser alguns tractaments que van millor en homes que en dones, aquestes coses s'han de mirar.  
(Informant 2-H)

Quant a la importància de la recerca, alguns informants assenyalen el cas de l'*àcid acetilsalicílic* (AAS) que es receptava com a preventiu antiagregant a homes i dones, i ara hi ha estudis (BERGER, 2006) que assenyalen que és una mesura eficaç per als homes, però no per a les dones de menys de 65 anys.

En referència a la utilització de l'AAS com a teràpia preventiva en els dos sexes, un informant assenyala:

Però és que això ho sabem ara, però és que fa molts anys que es fa la recomanació genèrica que es doni aspirina.  
(Informant 4-H)

I assenyala el difícil que és fer determinats estudis que no es consideren d'interès:

Fins que algú no se n'adona, doncs... i diu doncs vaig a fer l'estudi com sigui, ¿no?, sense l'ajuda de la indústria, com sigui, llavors és quan comencen a sortir aquestes coses, ¿no? Però és complicat. Ara el FIS ha tret ajudes per fer assajos clínics d'aquests que no tenen interès, ¿no? Sí, el que passa és que són pocs diners...  
(Informant 4-H)

"Històricament, els assajos clínics han inclòs en les seves mostres majoritàriament homes, extrapolant automàticament els resultats a les dones, a partir de la presumpció errònia d'igualtat entre ambdós sexes" (RUIZ-CANTERO i VERDÚ-DELGADO, 2004).

Un informant assenyala que, en els assaigs clínics amb fàrmacs per al tractament del IAM, les dones sempre han estat menys representades que els homes i que llavors mai no hi ha poders estadístics en els estudis per ser concloent de l'efectivitat del medicament en les dones:

És a dir, que els estudis al final et diuen que un fàrmac va bé habitualment, però això és probablement molt més cert en els homes i més incert en les dones, simplement perquè n'hi ha menys i no pots ser concloent.  
(Informant 4 -H)

Actualment, la major part d'agències finançadores tenen en compte que hi hagi representació necessària de dones i homes en els assajos per poder respondre la pregunta per separat, perquè ja se sap que hi ha diferències.

Llavors aquest és un primer pas, el que passa és que no totes les agències ho fan i els laboratoris farmacèutics tampoc estan per interessar-se en el tema, perquè ells /o que volen és respondre la pregunta, que ja funcioni i tirar milles, ¿no?  
(Informant 4-H)

Acaba dient:

Intentar que en els estudis es pugui respondre si una teràpia funciona en els dos sexes és fonamental.  
(Informant 4-H)

Una altra qüestió que assenyalen en relació amb la recerca i la seva aplicació és el cas de la *Teràpia Hormonal Substitutòria* (THS) que es va vendre a principi dels anys 90 com una teràpia per tractar els símptomes lligats a la menopausa com poden ser els fogots i la sequedat vaginal i que, a més a més, la THS podria servir per prevenir infarts de miocardi, arteriosclerosi dels vasos sanguinis, osteoporosi i es va presentar aquesta teràpia com l'element miraculós per a les dones del segle XXI. Estudis posteriors van demostrar la perillositat d'aquesta teràpia quant al riscs associats (càncer d'endometri de mama, infart cerebral, trombosi venosa, increment del risc d'infart) (VALLS, 2009, WEGNER, N. K., 2006). A pesar d'aquests estudis, hi ha professionals que la segueixen aconsellant. L'Agència Espanyola del Medicament i Productes Sanitaris el 3 d'octubre del 2008 va emetre una comunicació per als professionals sanitaris advertint els riscs de la utilització de la THS.

El tractament amb THS va ser la *pifiada* més gran del món, perquè les dones van patir més malalties cardiovasculars amb aquests tractaments hormonaals.  
(Informant 2-H)

Un informant ens assenyala:

Aquí hi ha una confusió absoluta, perquè els que en venen continuen volent vendre. S'ha demostrat que no serveix per res i al contrari... bfff.. *pues*, ¿què has de fer? És que és *tremendo* això. *Bueno*, no sé, no sé, però és complicat, perquè aquí ara ja estem entrant en un terreny en el qual es barregen interessos econòmics.  
(Informant 4-H)

La recerca que es potencia i es finança des del Departament és una recerca molt bàsica i no es marquen objectius respecte als plans directores.

Una informant del Departament assenyala:

Estem treballant, i som conscients que encara hem de treballar-hi més, però ens trobem amb aquesta dificultat. En aquests darrers anys, la política ha estat de creació de centres i de finançament d'aquests centres i no ha anat més enllà dels continguts. A més, és això, la majoria de centres estan molt vinculats a recerca bàsica.

(Informant 7-D)

Quant a la recerca des del Departament, ens diuen que sí que tenen com a objectiu realitzar estudis més generals que incloguin les desigualtats per gènere, però continuen dient:

Que això sigui una prioritat i que... però després no es fa gaire, perquè després mires què s'ha fet i no hi ha gaire.

(Informant 6-D)

La recerca que es fa des del Departament en relació amb les desigualtats es fa des del Pla de Salut i està pendent de publicació un informe on es recull o s'analitzen les diferències en la salut.

Una informant ens assenyala que, en una reunió amb l'ICD, es va proposar parlar amb el Departament de Salut de la recerca, per veure com es podia tractar el tema i continua dient:

Nosaltres vam manifestar que aquí al Departament de Salut teníem aquesta deficiència, però tots els departaments van dir que també els passava una mica igual, ¿no? I que havien de parlar, però no coneixem que s'hagi fet res per seguir amb això, pel tema de la recerca...

(Informant 6-D)

Tal com apunten les persones informants, la recerca dins del PDMCV no està contemplada. La recerca que finança el Departament és recerca bàsica. Totes les persones informants veuen la necessitat de la recerca, ja que és l'única manera de contestar als dubtes generats i visibilitzar els problemes de salut i les seves causes, encara que algú dubti de la validesa dels estudis realitzats a altres indrets. Cal remarcar els efectes perjudicials i adversos que han tingut per a moltes dones productes farmacèutics que no estaven el suficientment estudiats, com és el cas de la THS, o en les proves d'assaig d'alguns medicaments, en què les dones no formaven part del grup d'estudi o, si en formaven part, no en un nombre suficient per obtenir resultats significatius, prioritzant la qüestió econòmica de les grans farmacèutiques (BERGER, 2006; RUIZ-CANTERO i VERDÚ-DELGADO, 2004).

### 5.2.6. EI SEXE/GÈNERE COM A DETERMINANT EN RELACIÓ AMB LES MALALTIES CARDIOVASCULARS

A partir dels anys 90 del s. XX, com ja hem mencionat abans, hi ha estudis (CAPS, 1991; WILKINSON, 1996; VALLS i LLOBET, 1998; MARRUGAT [et al.], 1998) que evidencien que les dones i els homes tenen diferents maneres d'emmalaltir, de metabolitzar els fàrmacs, així com diferents estils de vida, el que posa en evidència com el gènere és un determinant en el procés salut-malaltia.

L'estudi publicat el 1991 en *The New England Journal of Medicine* per Bernardine Healy posava en evidència la mala praxi del serveis de cardiologia americans, al no realitzar les mateixes tècniques diagnòstiques ni les mateixes exploracions a les dones que als homes. Aquesta anàlisi va mostrar que es practicaven moltes més coronariografies en homes que en dones i que les dones estaven excloses sistemàticament dels assaigs clínics.

Com ja hem mencionat en l'apartat 1.3.2.2. "Malalties cardiovasculars en les dones" del capítol 1. Marc teòric, l'*Informe de Enfermedad Cardiovascular en la Mujer en España 2006*, realitzat per la *Sociedad Española de Cardiología* (SEC) per encàrrec de l'*Observatorio de Salud de la Mujer* (OSM) ens dona molta informació en relació amb el biaix de gènere i també al menor esforç diagnòstic i terapèutic que es realitza vers les dones en l'atenció de les MCV. En la introducció de l'informe, diu: "No podem oblidar que la major part de l'evidència en què es basa l'actuació mèdica actual s'ha obtingut a partir dels estudis amb una major participació masculina".

La Societat Europea de Cardiologia ha publicat una declaració, en relació amb les MCV i les dones, en què es manifesta la necessitat d'analitzar l'estat de la qüestió a Europa, identificar les mancances científiques amb relació a les MCV i les dones, i dissenyar estratègies per canviar la percepció incorrecta que es té de les MCV en les dones, millorant l'estudi dels riscos, diagnòstic i teràpia des d'una perspectiva de gènere (STRAMBA-BADIALE [et al.], 2006).

Les *Guies de pràctica clínica sobre la prevenció de les MCV* del Grup de Treball de la Societat Europea de Cardiologia (REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008) dediquen un apartat a la prevenció de les malalties cardiovasculars en les dones, en el qual assenyalen que la reducció de morts per MCV en els últims anys ha estat major en els homes que en les dones i, de fet, la incidència de les MCV ha augmentat en les dones, especialment, en els grups d'edat avançada.

Assenyalen com a factors de risc associats a les dones:

- La hipertensió sistòlica, més freqüent en dones grans.
- L'ús d'anticonceptius orals combinats amb el tabaquisme.

- La concentració de colesterol total assoleix el seu màxim al voltant del 60 anys d'edat en dones, prop de 10 anys més tard que en els homes.
- La diabetis augmenta considerablement el risc de MCV fatal en les dones.
- L'obesitat és més prevalent en dones de mitjana edat i edat avançada.

*Guies de pràctica clínica sobre la prevenció de les MCV* del Grup de Treball de la Societat Europea de Cardiologia (REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008).

En múltiples estudis es posa en evidència les diferències epidemiològiques i en relació amb el gènere de les MCV entre homes i dones (MARRUGAT [et al.], 1991; MARRUGAT [et al.], 1998; MOSCA [et al.], 1999; MOSCA [et al.], 2004; MARRUGAT [et al.], 2006; ROHLFS, 2004; REGICOR, 1978-2008; AGUADO-ROMERO [et al.], 2006; HERNÁNDEZ, 2006; WENGER, 2006; STRAMBA, 2006; HERAS, 2006; BERNAL [et al.], 2006; TORNOS, 2006; GRAU [et al.], 2008; CHEIFFO [et al.], 2010; CAO [et al.], 2010). Arran d'aquestes evidències, s'han creat grups com "Go Red for Women" de l'American Heart Association, "Women at Heart" de la Societat Europea de Cardiologia, un grup de treball específic MCV en les dones de la Sociedad Española de Cardiología. A Europa, la *Society for Cardiovascular Angiography and Interventions* (SCAI) han creat la "Women in Innovationns" (WIN) d'àmbit europeu, on participen cardiòlogues de l'Estat espanyol.

En els diferents treballs citats anteriorment, queda palès que existeixen diferències en el gènere i les MCV quant a:

- Característiques clíniques i etiològiques de la MCV
- Perfil del *factor de risc* (FR) cardiovascular
- Realització de proves diagnòstiques
- Mesures terapèutiques
- Pronòstic

L'Estudi de la situació a Espanya de les MCV en les dones (SEC) diu: "En general i, sobretot, en el camp de la *síndrome coronària aguda* (SCA) i en les IC, les dones es veuen desfavorides en relació amb els barons en l'adopció de les mesures diagnòstiques i terapèutiques recomanades, en el que pot influir en un pitjor pronòstic".

L'estudi REGICOR assenyala: "Tot i que les taxes de mortalitat i d'incidència per IAM són més elevades en homes que en dones, la mortalitat després d'un IAM sembla pitjor en les dones que en els homes, fins i tot, després d'ajustar per les diferències d'edat i comorbiditat entre els sexes". En un estudi col·laboratiu amb tres hospitals universitaris de Catalunya en què vam reunir pacients consecutius fins a 80 anys d'edat amb un primer IAM (331 dones i 1.129 homes), vam analitzar-ne la supervivència al cap de 28 dies i la mortalitat o reingrés al cap de 6 mesos. Les dones

eren més velles (mitjana 68,6 anys *versus* 60,1), presentaven amb més freqüència diabetis (52,9% *versus* 23,3%), hipertensió (63,9% *versus* 42,3%) o angina prèvia (44,6% *versus* 37,4%) i van tenir IAM més greus que els homes (el 24,8% de les dones i el 10,5% dels homes van presentar edema pulmonar agut o xoc cardiogènic ( $p < 0,02$ ). Els homes van rebre tractament trombolític més sovint (41,3% *versus* 23,9%;  $p < 0,001$ ), però les taxes d'angioplastia transluminal percutània i de cirurgia de revascularització coronària al cap de 28 dies van ser similars en homes i en dones. La taxa de mortalitat a 28 dies va ser significativament més alta en les dones que en els homes (18,5% i 8,3%, respectivament;  $p < 0,001$ ). Els procediments de revascularització al cap de 6 mesos es van realitzar en una proporció similar en les dones que en els homes. No obstant això, les dones van presentar taxes de mortalitat a 6 mesos més altes (25,8% en dones, 10,8% en homes;  $p < 0,001$ ) i de reingrés (23,3% en dones, 12,2% en homes;  $p < 0,001$ ). Després d'ajustar, les dones van tenir un risc de mort més alt que els homes a 28 dies (OR: 1,72; IC: 95%, 1,12-2,65) i a 6 mesos (OR: 1,73; IC: 95%, 1,18-2,52). En aquest estudi de població, les dones van presentar primers IAM més greus i més letals que els homes, independentment de l'edat, comorbiditat i angina prèvia (REGICOR, 2008).

Existeix consens en el fet que les dones amb *insuficiència cardíaca* (IC) són més grans, presenten més comorbiditat (diabetis, HTA, obesitat) que els homes, que presenten més el factor de risc del tabaquisme; les complicacions de *l'infart agut de miocardi* (IAM) i de la trombòlisi són més freqüents en les dones.

El IAM se sol presentar a les dones amb una simptomatologia atípica (dolor o malestar als múscles, braços o referit a la mandíbula, al coll o a l'espatlla, a vegades nàusees o molèsties a la zona alta de l'abdomen i altres vegades sense dolor predomina cansament, falta d'aire o suor fred (CALVO, 2010). El quadre "típic" de IAM és el descrit inicialment per als homes.

Les dones premenopàusiques solen presentar amb més freqüència símptomes més atípics que les postmenopàusiques, mentre que les dones d'edat avançada poden referir dispnea sobtada i presentar menys dolor als braços i menys sufocació profusa (MILNER, K. A., 1999, citat per HERAS, 2006).

Les dones amb presència d'una *cardiopatia isquèmica* (CI) tarden més a demanar assistència i arriben al centre sanitari 1 hora més tard de mitjana (MOSQUERA, 2002).

La mort sobtada afecta més els homes i les dones tenen pitjor pronòstic, globalment, dins dels 28 dies posteriors a l'inici dels símptomes i els casos mortals tendeixen en la seva majoria a ocórrer en pacients hospitalitzades i després de les 24 h de l'ingrés.

L'article sobre l'"Epidemiologia de les Malalties Cardiovasculars en la dona" conclou:

Cal un canvi d'actitud en tots els àmbits assistencials que permeti identificar precoçment les dones amb símptomes d'una síndrome coronària aguda, per accelerar el diagnòstic i augmentar l'ús de procediments diagnòstics i terapèutics de forma proporcional a la major gravetat que presenta el IAM en les dones.

(MARRUGAT, 2006)

Alguns dels nostres informants assenyalen que les MCV són la primera causa de mort en les dones perquè tenen una esperança de vida més llarga:

Com que els homes ja s'han mort, ja no hi són i és la primera causa de mort, en les dones grans i molt grans, més de 74 i més de 84.

(Informant 1-H)

Les dones arriben a l'infart per *promig* deu anys més tard... hi ha un retard en l'aparició que no sabem exactament el perquè.

(Informant 4-H)

Els factors de risc que desencadenen la malaltia són bastant comuns en homes i dones, assenyalen un informant. Les dones presenten més diabetis i hipertensió arterial. L'obesitat és un factor de risc important per a la diabetis i aquesta per al IAM. La major part de la gent diabètica té alguna MCV. Així els dos elements claus per a les MCV en les dones serien l'obesitat i la diabetis. L'altre element és el tabac, el tabac s'associa a la cardiopatia crònica. Des de fa vint anys, han augmentat el nombre de dones fumadores, i ja s'està començant a diagnosticar més càncers, cardiopaties cròniques i IAM en dones.

Cap dels nostres informants assenyalen la relació de les MCV amb els riscos psicosocials, quan hi ha estudis que ho relacionen (VELASCO, 2010; CALVO, 2010).<sup>12</sup>

*La Guia europea de prevenció cardiovascular en la pràctica clínica* inclou els factors psicosocials per al risc de la CI i assenyalen com a riscos psicosocials:

- Nivell socioeconòmic baix.
- Aïllament social i manca de suport social.
- Estrès al treball i en la vida familiar.
- Emocions negatives, com depressió i hostilitat.

(REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2008).

---

<sup>12</sup> Disponible a

[http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL%5CPUBLICACIONES%5CPROMO\\_SALUD%5CEDUCACION/VS84.PDF](http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL%5CPUBLICACIONES%5CPROMO_SALUD%5CEDUCACION/VS84.PDF).

Dins del risc psicosocial, cal destacar els estils de vida i les condicions socioeconòmiques, que estan molt determinades pels condicionants de gènere. Existeix una relació inversa entre l'estatus social i el risc de les MCV. Aquest fet és especialment important si tenim en compte la feminització de la pobresa a Espanya, la incorporació al món laboral i la càrrega de treball que moltes dones suporten dins de la llar, així com també l'adquisició d'hàbits com el tabaquisme que abans estaven lligats exclusivament als barons (CALVO, 2010).

S'ha descrit que la mitjana de temps entre l'aparició dels símptomes i la monitorització de les dones que pateixen un primer infart és d'una hora més que el homes (MARRUGAT, 1998; REGICOR, 2008). Aquesta tardança pot influir en les condicions desfavorables en què arriben les dones a l'hospital, en l'efectivitat del tractament trombolític i en l'eficàcia de la revascularització.

En relació amb la fase aguda, els informants assenyalen que aquest factor pot tenir conseqüències:

Aquí sí que tenim problemes. Perquè el fet que arribin una hora més tard, aquest és un problema i aquest no s'ha solucionat. Amb les conseqüències que tindran menys possibilitats que se'ls faci trombòlisis, menys possibilitats que se'ls faci una angioplàstia primària... Tot això vol dir més problemes i pitjor pronòstic automàticament.  
(Informant 4-H)

Les dones, possiblement a causa del caràcter androcèntric de la medicina, no es veuen com a malaltes cardíaques i els professionals, tampoc. Un informant ho assenyala:

Quan una dona diu "és que em sento un mal aquí" pensa... primer, es pensa en qualsevol cosa abans d'un infart, perquè la mateixa dona no ho veu com una cosa greu, perquè diu "no sé què tinc aquí, perquè no puc respirar i no sé què"... i el metge que la veu en primera instància ha de pensar, *bueno*, és asmàtica...  
(Informant 4-H)

El quadre clínic de presentació de la *cardiopatia isquèmica* (CI) en un percentatge elevat de dones és identificat a la literatura com a "atípic". Una mostra més del caràcter androcèntric de la medicina que s'ha fixat en el quadre clínic dels homes per descriure el quadre clínic del IAM. Un informant ens ho raona:

La simptomatologia de la malaltia cardiovascular en diem atípica perquè l'hem descrit en els homes, que era una mort, també s'ha de dir, més precoç, més freqüent, en l'edat mitjana de la vida...  
(Informant 1-H)



Hi ha informants que relaten que l'atenció que depèn del Sistema Sanitari comença en el moment que arriba la persona a l'hospital o al CAP, deslligant la tardança de les persones a demanar ajuda del Sistema Sanitari i relacionant-ho amb problemes que identifiquen com sociològics i traient-los de la responsabilitat del Sistema Sanitari. En relació amb la tardança de l'avís, assenyalen:

*Lo que passa des que tu et trobes malament fins que telefonas, això ja no és part de la consciència mèdica, això és part de la sociologia del comportament humà, és molt més complicat això, ¿no? M'explico, ¿no? Aleshores, ¿per què les dones tarden més a telefonar? Això correspondria més als sociòlegs o als psicòlegs, això, ¿m'entens?*

(Informant 2-H)

*Per què triga més a fer el contacte? És obvi que això depèn del propi individu. Triga /o que triga a fer el contacte. Però jo crec que sí, que la dona està clar que triga més i segurament triga més per raons, diguéssim... no mèdiques, ¿eh? Si no... probablement d'entorn o...*

(Informant 3-H)

*Se sap que les dones avisen... o sigui, valoren més tard el dolor, van més tard a l'hospital, es queixen menys...*

(Informant 1-H)

*“Jo crec que el retard és un factor sociocultural, no es lliga només a una patologia, jo crec que es lliga, precisament, al fet de ser dona, i estar en aquest.” I acaba dient: “Jo sóc metge, cardiòleg, jo no sóc psiquiatra, ni sociòleg, ni psicòleg, ¿m'entens? I això té a veure amb el comportament humà, ¿m'entens?”.*

(Informant 3-H)

*La tardança serà un factor sociològic, psicològic, no de salut.*

(Informant 9-H)

Un informant fa una reflexió sobre el gènere:

*Si estan parlant de síndrome coronària aguda com malaltia temps-depenent. El temps no té gènere. (...) A lo millor la dona té una clínica i diu “ja se'm passarà”, i l'home no ho diu. Però s'han fet campanyes, s'han fet campanyes adreçades a tothom explicant que, quan un tingui això, ha d'alertar immediatament els serveis d'emergències. [...] A lo millor hauríem de parlar, més que de perspectiva de gènere, de perspectiva d'edat.*

(Informant 9-H)

Aquest informant es mostra també crític amb els estudis publicats a què es fan referència i diu:

*Estes estadístiques s'han de valorar... A veure, ¿que interessa valorar-les d'acord amb polítiques de gènere? Perfecte. S'han de valorar amb les limitacions que tenen. En tots*

estos treballs científics, no n'he vist encara cap, i n'he vist *varios* que parlin de les limitacions. I una de les limitacions és, precisament, que la mort sobtada per patologia coronària no està inclosa dins d'això. Sol estar inclosa aquells que arriben a l'hospital.  
(Informant 9-H)

Per actuar amb més rapidesa davant d'un quadre de IAM, es va crear el Codi Infart, que neix amb el Pla Director. Amb la necessitat que hi hagi una activació del sistema d'ambulàncies i una coordinació per a la realització d'angioplàsties primàries a tot Catalunya. Davant d'una persona que alerta per dolor, es posa en marxa el dispositiu. Si quan es realitza l'*electrocardiograma* (ECG) hi ha una elevació del segment ST, s'activa el Codi Infart. Un informant relata:

El sexe m'és igual, o sigui, a mi *lo* que m'importa és que hi hagi aixecament del segment ST i quan el sistema sanitari el detecta.  
(Informant 9-H)

En relació amb la disminució del temps de tardança a l'hora de donar l'avís, un informant del Departament diu:

No s'ha fet res d'això. No s'ha fet res per un motiu, no és que no hi hagin pensat. El temps que va entre el dolor i l'avís és un temps molt complex de... de reduir. Segurament, ara ens trobem d'aquí... quan els codis funcionin bé, d'aquí un parell d'anys, on més temps es perdi és aquí. I llavors reaccionarem.  
(Informant 1-H)

I segueix dient:

Hem demanat un dictamen a la Facultat de Ciències de la Comunicació per veure si ells valoren que hi ha *algo*, alguna forma de comunicar, tenint en compte, ¿eh?, els homes, les dones, la ciutat... alguna forma de comunicar que... Però, el pensament genèric, ¿eh? No és una cosa dels homes i després les dones, genèric. Que després es podria transformar, ¿eh? Però no ara.  
(Informant 1-H)

Segons la bibliografia consultada, algunes raons d'aquesta tardança podrien ser factors culturals relacionats amb la percepció del dolor i la percepció del risc de la malaltia, factors socials com la situació en què es troba la dona quan apareixen els símptomes, la dependència de familiars o altres persones per al trasllat a l'hospital, factors psicològics com la depressió i la soledat emocional o la presència de malalties com la diabetis, que pot associar-se amb alteracions en la percepció de la isquèmia (ROLFHS, 2004).

Una informant relata amb relació a l'atenció, que considera que ha millorat molt, i diu:

La famosa síndrome de Yentl , o sigui, que una dona vagi a un hospital i que la tornin a casa perquè no li facin ni un electro per... per fer el diagnòstic. Ara, jo crec que això serà molt més anecdòtic, perquè s'està formant la gent i està més conscient. Però aquestes dones encara segueixen sent una població més complicada, que necessita un abordatge també més concret.

(Informant 5-D)

Un altre element a tenir en compte és que, en l'imaginari col·lectiu, se solen associar les malalties del cor al fet que són més freqüents i que produeixen més mortalitat en els homes que en les dones. Sara Velasco ho relaciona amb els estereotips socials i de gènere i els agrupa de la següent manera:

- La percepció de la morbimortalitat per MCV, relacionada amb la mirada androcèntrica: “Els que moren de malaltia coronària són els homes”, “els homes moren més i abans”, “els homes moren més de malaltia coronària”. “Sols les dones velles es moren d'infart”. Els efectes d'aquests estereotips invisibilitzen el risc de les dones.
- Biaixos en la prevenció del risc de les MCV en relació amb el consum del tabac: “El risc d'infart és l'estil de vida masculina”, sobretot, el consum de tabac. A la protecció hormonal: “Les dones estan protegides de l'infart per les hormones”. El biaix biomèdic: “L'estrès i l'oblit dels determinats psicosocials” (VELASCO, 2010).

El problema no depèn del sistema sanitari, depèn de l'educació de la població. Perquè les dones encara no es veuen com possibles “víctimes” d'una malaltia cardiovascular, principalment, d'un infart.

(Informant 5-D)

Un dels elements a tenir en compte per canviar aquesta realitat potser seria l'educació sanitària des de l'Atenció Primària, les persones informants assenyalen:

Això no està contemplat des del Pla. Jo crec que això és una de les coses que s'ha de contemplar, s'ha de parlar... S'ha de parlar, no només al Pla, s'ha de parlar a la Facultat de Medicina i s'ha de parlar les persones que fan intervenció a la població. O sigui, els metges de capçalera, de com fem prevenció primària.

(Informant 5-D)

Els entrevistats asseguren que sí que s'ha fet educació sanitària i també es fan campanyes de ràdio, de televisió i en tots els mitjans de comunicació; tanmateix, els professionals dubten de la seva efectivitat.

L'educació sanitària està per a tothom, i es fa dient que les dones també tenen problemes cardíacs i s'ha dit i s'ha repetit a les campanyes, i hi ha campanyes específicament dirigides a les dones...

(Informant 2-H)

Això és *lo* de sempre, si s'ha fet una intervenció i estem parlant d'història, o sigui, hem de veure què ha passat amb les intervencions que s'han fet i les hem d'avaluar, i són intervencions de salut pública i de política general. No són actuacions *a nivell* local, perquè *a nivell* local difícilment pots fer moltes més coses que controlar els factors de risc cardiovasculars i que la gent sàpiga que...

(Informant 9-H)

Alguns dubten de l'efectivitat de l'educació sanitària, fins i tot, de les seves repercussions:

Tu, ara, imagina't que dius "escolta, si nota que s'ofega, vagi a urgències". "Escolta, arribarà a urgències... es col·lapsen"... És molt difícil trobar un equilibri entre el missatge a la població i mantenir el sistema sanitari més o menys funcionant, ¿eh? Això ha passat, ¿eh?

(Informant 4-H)

Els informants cardòlegs assenyalen que tots aquestes elements relacionats amb el gènere són presents en la formació i que el problema que hi havia en relació amb el biaix a l'hora del diagnòstic, tractament, ja ha canviant i no cal cap menció específica:

Poc a poc, jo em penso que aquesta noció es va... en fi... es va superant i cada cop tenim més clar que el problema cardíac és un problema de les dones, que és més greu que en els homes i que, *bueno*, jo em penso que avui dia ja no podem dir que els metges no pensen en les dones quan pensen en una malaltia cardíaca.

(Informant 2-H)

Aquest informant ho relaciona amb l'accés de les dones als estudis de medicina, a l'especialitat de cardiologia i a l'administració sanitària, continua dient:

També és veritat que hi ha moltes més dones cardòlogues ara i metges i conselleres i... ¿m'entens? I directores d'hospital... Que també ajuden que la perspectiva masculina sigui *menos* prevalent i que sigui més una perspectiva global, ¿m'entens el que vull dir?

(Informant 2-H)

Un informant, després d'assegurar que els cardòlegs saben perfectament les peculiaritats del gènere en relació amb les MCV, assenyala:

Tots saben que les dones moren més per MCV, però que això és controvertit, ¿no? perquè com que tenen més factors de risc ben bé al final és més difícil de discriminar si es moren més per ser dones o es moren més perquè tenen més factors de risc i, per

tant, els toca morir-se més. La literatura d'això, també trobaríem, jo crec, algun estudi que no hi està tan d'acord.

(Informant 3-H)

I dubta que l'evidència que mostren els estudis com ara l'informe *Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España* sigui la nostra realitat.

Molts estudis d'aquests estan fets fora d'aquí i, segurament, és molt diferent d'aquí.

(Informant 3-H)

Al fer referència als articles publicats, un altre informant també ens assenyala:

Però estos articles són discutibles.

(Informant 9-H)

Quant a la prevenció secundària (al moment que se li dona l'alta a l'hospital), no es disposa de dades ni d'estudis.

Probablement, no hi ha gaire diferència entre homes i dones. Jo crec que encara no està ben muntat el tema de la rehabilitació, això és molt deficitari al país.

(Informant 4-H)

Als informants se'ls va preguntar si a les persones que van intervenir en la redacció del Pla i en els diferents grups de treball se'l va subministrar bibliografia referent a les MCV i el gènere; van contestar que no, en la bibliografia del Pla tan sols apareix dos cites bibliogràfiques amb relació al gènere.

És que hi ha poca cosa, no hi ha *molta* cosa. Se n'està fent ara, s'està investigant, però no hi ha gran cosa tampoc, ¿eh? Alguns/es dels que han realitzat estudis van participar.

(Informant 2-H)

I assenyalen, sobretot, que

El problema greu està aquí, està en cardiopatia isquèmica en fase aguda, bàsicament, ¿no?

(Informant 4-H)

Se'ls va preguntar si les persones que formaven part dels grups de treball tenien alguna formació en gènere i si alguna persona experta en gènere ha format o ha col·laborat amb el grup redactor. Aquesta no va ser una qüestió que la tinguessin present:

No, són persones que tenen formació de l'especialitat. Són especialistes, i no hi ha hagut un expert en gènere. I, si hi ha sigut, *pues...* fantàstic, però no ha sigut una cosa

buscada, perquè no se'ls ha anat a buscar per ser experts en una altra cosa que en malalties de l'aparell circulatori. Que no vol dir que alguna no n'hi hagi d'experta, ¿eh? O d'home expert. Però no se l'ha anat a buscar per això.  
(Informant 1-H)

Pel que fa a si es va donar formació específica en relació amb el gènere o subministrar documentació dels estudis publicats a les persones que formaven part dels grups de treball del Pla, ens van contestar que no, perquè, segons els informants més relacionats amb el Pla, aquesta formació ja la tenen:

La gent que està treballant en cardiologia, aquests aspectes concrets els coneix, perquè estudia i es forma i, per tant, això forma part de la formació i això és conegut. Tots els cardiólegs, crec que molts... penso jo que també tots els metges de primària, però, *bueno*, els cardiólegs sí ho saben. S'entén que això quan tu fas la teva formació ho coneixes, perquè això és un problema de formació.  
(Informant 3-H).

Una altra informant reflexiona també sobre la importància de la formació en gènere per poder incorporar la perspectiva de gènere al Pla. Apunta que no es tracta tan sols de la distribució epidemiològica dels problemes de salut per sexe, sinó dels elements relacionats amb aquesta distribució i que poden ser tant biològics com psicosocials.

Parlar de gènere en profunditat requereix no només una voluntat, sinó requereix estudi i requereix una base teòrica potent. Jo crec que en aquests moments a la majoria de... de persones que estan parlant d'incorporar gènere al Pla Director i tot plegat, als plans directors, potser aquesta base no la tenen, aquesta base teòrica no la tenen.  
(Informant 5-D)

I acaba afirmant que el gènere parteix d'una perspectiva feminista:

El gènere parteix també d'una perspectiva feminista, també de la salut. I aquesta ideologia... doncs... què vols que et digui? No està, no *està* present a la majoria, ¿no? Ara bé, *dir-te* entre el que hi havia i el que hi ha, s'ha avançat molt.  
(Informant 5-D)

La formació que s'ha donat des del territori és en relació amb el Codi Infart.

Des del Departament a través de l'*Institut d'Estudis de la Salut* (IES), es dona formació genèrica sobre perspectiva de gènere en l'àmbit del Departament i dels professionals.

L'informant amb més responsabilitat dins del Departament acaba dient:

A l'hora d'aplicar-ho estàs en un marc molt complex... No és tan fàcil.  
(Informant 1-H)

Els objectius del Pla Director estan formulats de forma genèrica, aquesta voluntat política expressada en l'article 2.2 del Decret de creació Pla Director:

“En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats”.

No es tradueix en cap mesura concreta respecte a això. L'informant més relacionat amb el Pla diu:

*Bueno*, a veure. No és que tinguéssim en compte específica... la idea de perspectiva de gènere està sempre sobre tot, o sigui, és una visió global de tots els problemes, *lo* qual no vol dir que sempre es tradueixi en coses, en mesures concretes.

(Informant 2-H)

I acaba dient:

En aquells moments, [és] clar, la perspectiva de gènere... és que *lo* que havien de fer era buscar maneres més eficients d'atendre les malalties cardio...

(Informant 2-H)

Una informant assenyala la necessitat de revisió del PDMCV:

I quan el Pla Director va començar, això tampoc és que era una preocupació, diguem, molt gran del Pla Director. Però quan lo Pla Director finalment surt publicat, sí que a les últimes revisions es va revisar i es va introduir coses. Ara, com a línia mestra, jo crec que, quan es faci una relectura del Pla Director i tot plegat, s'ha d'anar evolucionant. Per a mi, no és una cosa que està llesta.

(Informant 5-D)

Aquesta informant manifesta la importància de la revisió del Pla i no donar-lo com un document tancat; a més a més, considera que s'ha de vetllar perquè es posi en marxa tot el que proposa el Pla.

Un altre informant, després de recordar l'èmfasi que s'havia fet des de la Conselleria d'aquesta qüestió, comenta:

S'hauria de fer un esforç perquè calés una miqueta més el missatge, ¿no? O sigui, algunes d'aquestes parts no ho necessiten, però d'altres sí. I allà on sigui aplicable s'hauria de tenir en compte les diferències de gènere. M'estranya que no apareguin.

(Informant 4-H)

Existeix el coneixement en relació amb les MCV i el sexe/gènere a partir de les recerques realitzades. Hi ha consens en l'àmbit de la comunitat científica en aquest coneixement, però malgrat tots els esforços que es fan des de societats científiques, organitzacions estatals, internacionals, publicacions específiques per traslladar aquest coneixement a les polítiques sanitàries i a la implementació d'aquestes, a partir de l'anàlisi de les respostes dels nostres i les nostres informants, podem mantenir que aquest coneixement no es tradueix en el Pla Director de les MCV.

Observem que les persones informants, que han format part en l'elaboració del Pla amb diferent responsabilitat, tenen coneixements sobre el tema malgrat que existeix un gradient amb relació al nivell d'implicació en l'elaboració del Pla. Hi ha informants que no veuen la necessitat d'introduir l'especificitat de gènere com assenyala el DOGC.

Per concloure aquest apartat, ens fem ressò del document sobre l'estratègia en cardiopatia isquèmica del Sistema Nacional de Salut, que diu: "Tenir en compte l'enfocament de gènere en les MCV milloraria els resultats de les actuacions preventives i del Sistema Sanitari, tant en termes de mortalitat i morbiditat com de qualitat de vida" (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006).

#### 5.2.7. DIFICULTATS PER IMPLEMENTAR LA VOLUNTAT POLÍTICA

Hem analitzat amb els nostres i les nostres informants les dificultats que assenyalen que existeixen per implementar aquesta voluntat política.

Com assenyala Sau, "el domini del patriarcat es manifesta en l'androcentrisme i posa de manifest el poder exercit pel sistema patriarcal sobre la ciència que s'elabora a partir d'un grup social per exclusió de l'altre" (SAU, V., 1981). Al llarg dels segles, es va formant un substrat cultural que es transmet de generació en generació i que els individus incorporen a la seva cultura, mitjançant els elements de socialització. Aquest substrat cultural està en la base del comportament dels individus i suposa un obstacle per incorporar un canvi en les actituds i conductes de les persones. L'educació que es rep forma part del procés de socialització i continua estant dintre del paradigma androcèntric. Així ho assenyalen alguns dels informants:

La primera cosa que has de reconèixer és que els elements relacionats amb el gènere els ho portem tatuats al cervell, el canvi no tothom el té interioritzat.  
(Informant 1-H)

Ens està costant, cada vegada menys, però costa, ¿no? Hi ha moltes resistències culturals... i, a vegades, inclús... mal... mala interpretació de la ciència o de la tècnica per qüestions ideològiques, ¿no? Però això tota la vida ha sigut, ¿no?  
(Informant 8-H)



L'informant 1 comenta que, depenent com es tracta el tema, es poden crear resistències per part dels professionals per integrar la perspectiva de gènere, al·legant que són qüestions de sensibilitat i que no tothom la té integrada:

No per no ser un entusiasta en l'anàlisi del gènere ets una mala persona.  
(Informant 1-H)

Partint de la base que la formació que han rebut els professionals de la salut és androcèntrica, presentant l'home com a model d'atenció, introduir la perspectiva de gènere en l'atenció requereix formació i aquesta depèn de la voluntat personal dels professionals:

Suposo que els prejudicis, que tots en tenim, i els professionals encara són persones... La formació que han rebut no ha contemplat aquesta perspectiva. [...] Crec que és una qüestió de temps... han de calar els discursos o... i han d'*acabar amb* prejudicis i amb imaginaris allò... és que estic pensant en temes de violència... i té tot de mites al voltant de la violència vers les dones que...  
(Informant 7-D)

I acaba dient:

El que hem de fer és anar fent seguiment i detectar el que no funciona i anar reforçant sobretot la formació.  
(Informant 7-D)

Les entrevistades i els entrevistats consideren que la introducció de la perspectiva de gènere és com un valor afegit a la praxi professional i, a més a més, referencien la seva dificultat.

Doncs, les dificultats és que és un valor afegit, és una cosa que no és de mal; hi ha gent que en la seva pràctica això ho va incorporant, però hi ha d'altres que bfff i els fa mandra, ¿no? I pensen és que és molt difícil.  
(Informant 6-D)

Una altra dificultat que s'assenyala és la manca de temps per llegir les publicacions generades pels estudis que es van fent.

El coneixement científic va trigant, va trigant i... I després hi ha una altra cosa que aquí és molt important, i és que, per tenir coneixement científic, s'ha de llegir i, per llegir, fa falta temps.  
(Informant 1-H)

La formació en gènere és transversal i requereix estudi. Un informant fa referència a altres disciplines en la formació, a part de la pròpiament mèdica i a les mentalitats de les persones:

Després, que s'ha de llegir sociologia. I aquest és el problema, vull dir que saber d'aquestes coses exigeix que tinguis una mentalitat molt oberta i que tinguis un temps.  
(Informant 1-H)

El nostre informant mostra la seva queixa de la gran quantitat de temes que s'han de tractar avui en dia en els treballs:

Jo crec que estem en un camp de melons i tots estan oberts, tots. No queda res per obrir. Llavors, això, jo penso que... hi ha èpoques. Hi ha... hi ha moments. I estem en un especialment hiperactiu.  
(Informant 1-H)

Les persones amb el nivell més alt de responsabilitat dins del Departament en relació amb el Pla assenyalen que no és un tema prioritari:

A veure, aquests temes, hi ha gent, ¿eh? Que en sap molt, hi ha gent. Però d'aquí a[l fet] que això sigui una... un... un tema, reina, i que a *demés* la gent digui no, no i, a més, tenim aquestes accions concretes que es poden fer, això és un altre...  
(Informant 1-H)

I també assenyalen la complexitat d'implementar la voluntat política:

La voluntat política hi és a vegades en moltes coses, en altres, no hi és mai. Traduir o transferir una voluntat de fer *algo* a una logística i amb una implementació realista de les coses, a vegades, no és tan senzill, és complex. Jo *lo* que sí veig és que l'estructura és complexa.  
(Informant 3-H)

Quant al tractament del gènere en el Pla, assenyalen que hauria d'haver-hi alguna recomanació més específica:

Amb les dades que tenim, s'haurien de fer recomanacions més específiques en algun terreny.  
(Informant 4-H)

Jo penso que es pot ser més específic, ¿eh? Ara que hem fet el Pla fa 5 anys ja, o 4... La sensibilitat vers el tema ha progressat.  
(Informant 2-H)

També fa referència al fet que, en aquest temps, s'han impulsat més els estudis de gènere i acaba dient:

Penso que, si ho fes ara, hi posaria alguna recomanació específica, no sé exactament quina. Hauríem de parlar amb els experts. Penso que sí. Es va quedar una mica curt. Tot i que la idea flotava en l'ambient, no es va quedar prou plasmada, jo crec.  
(Informant 2-H)

A mesura que baixem en els nivells organitzatius de Departament, sorgeix la qüestió que no s'han donat les indicacions precises per fer realitat la voluntat política expressada en la llei ni de com s'han de transmetre aquestes indicacions.

A veure, igual que és molt difícil quan tens un hàbit, deshabituar-te, introduir un hàbit també és difícil, ha d'haver-hi instruccions clares i, de moment, per *lo* que jo sé, a Salut, al Departament de Salut, aquestes instruccions *a nivell* polític, a dalt no hi són, s'hi ha de posar i això després ha d'anar baixant; si es fa, s'ha d'acabar complint.  
(Informant 6-D)

A més a més, s'assenyala que no es tracta de fer un document i penjar-lo a la web, sinó que, a més a més, hi ha d'haver un treball de difusió perquè arribi a tots els professionals i elaborar altres materials amb indicacions més precises de com integrar la perspectiva de gènere.

Els documents estan bé, si tu vols més informació, tens allà tota la normativa aplicable, un glossari de perles, que tothom entengui el mateix... *vale*. Però això no està fet pels professionals, s'ha de fer per a cada un, per a cada persona el material que pertoca. Llavors, no és qüestió de fer una llei i ja està i publicar-la. [...] Perquè n'hi haurà que ho faran, perquè són més sensibles i n'hi haurà que no.  
(Informant 6-D)

La nostra informant acaba dient:

Si volem realment que això es faci i s'apliqui, si realment hi ha un objectiu clar, hi ha d'haver els instruments al darrere, les eines per aplicar-ho. Sinó, *pues*, tot es queda en "unas buenas intenciones".  
(Informant 6-D)

Hi ha un informant que dubta que hi hagi una voluntat política, ja que no s'han posat els mitjans per desenvolupar-la:

La voluntat política és molt fàcil. Jo... hi ha un tema, que la voluntat política vol dir "hágase la ley" i "hágase esto". Han passat 7 o 8 anys i continuem barallant-nos perquè això es faci. O sigui, la voluntat política està molt bé, la redacció està molt bé...  
(Informant 9-H)

A mesura que anem baixant al nivell organitzatiu del territori, la primera afirmació que ens assenyalen en relació amb les polítiques de gènere i el PDMCV és la seva inexistència, ja que no han rebut cap indicació:

Al territori no implantem polítiques de gènere, no. *Lo* que implantem són les línies... línies, com Codi Infart. Nosaltres *lo* que fem és aplicar allò que ens diuen: "Aplíquese el Codi Infarto".  
(Informant 9-H)

Assenyala l'informant la no-relació del gènere amb el treball desenvolupat:

Lo gènere, no, no *está* present. I no és discriminatori, no. Perquè són línies de treball on lo treball no té res a veure amb lo gènere.  
(Informant 9-H)

Remarca l'ambigüitat de la qüestió:

Si t'hi fixes, no redacta coses concretes, quan parla què s'ha de fer en un infart, sí que ho diu concretament; quan parla de les polítiques de gènere, ho diu ambigüament.  
(Informant 9-H)

El nostre informant reclama indicacions clares:

No es diu i, per tant, si no es concreta i si no es diu, no podem arribar a implementar... a veure, això és "la sopa de ajo", "la sopa de ajo" té una recepta. La política de gènere en lo Pla Director Cardiovascular, que posin una recepta, que facin "la sopa de ajo" i llavors s'implementarà "la sopa de ajo para todos".  
(Informant 9-H)

I acaba dient :

Dis-me alguna mesura concreta, dis-me alguna mesura que posi clar què s'ha d'implementar en relació amb el gènere. Això, per a les dones. No surt.  
(informant 9-H)

Els redactors del Pla, malgrat que reconeixen que no hi ha cap indicació específica per integrar la perspectiva de gènere, també al·ludeixen al fet que el gènere requereix una formació més integral i un canvi de mentalitat. La integració de la perspectiva de gènere la veuen com un valor afegit que depèn de la voluntat dels professionals i de la formació individual que escull cada professional. A mesura que baixem en el nivell que ocupen els nostres i les nostres informants en l'organització del sistema, remarquen que no hi ha hagut cap indicació específica. Destaquem que al territori s'implanten línies d'actuació i no polítiques de gènere.

### 5.2.8. CONEIXEMENTS DELS PROFESSIONALS EN RELACIÓ AMB EL PDMCV

Ens interessa saber l'opinió de les nostres i els nostres informants sobre si les professionals i els professionals que implementen les polítiques públiques en la seva labor assistencial coneixen el PDMCV.

L'informant 1 assenyala que els professionals coneixen les qüestions més rellevants del Pla Director de les Malalties de l'Àparell Circulatori per la seva rellevància quant a problema de salut prioritari:

Jo crec que, en aquest cas, sí, perquè aquest cas ha tocat uns temes que són molt rellevants, el Codi Ictus i el Codi Infart.  
(Informant 1-H)

Quant a la integració de la perspectiva de gènere en les actuacions del Pla, pensa que aquest ha de ser un canvi més profund:

No crec que els metges i les infermeres l'hagin d'assumir o d'assolir a través de la malaltia, ¿eh? Jo crec que ha de ser una cosa molt més general, si no és molt difícil.  
(Informant 1-H)

La informant 5, en referència als professionals, assenyala que aquests, en general, el coneixement amb relació als plans i al gènere no el tenen:

Jo crec que saben que hi ha... però s'han de formar amb això i han d'estar sensibles.  
(Informant 5-D)

La gran majoria no s'ha llegit cap Pla Director ni el Pla de Salut, ¿eh?  
(Informant 5-D)

Insisteix que cal dinamitzar i introduir els coneixements des del Departament transversalment:

Aprofitar, ¿saps? Perquè, si tu ofereixes un curs de gènere, com ja s'ha fet, és que no hi va la gent. Llavors, [és] clar, s'ha d'introduir transversalment.  
(Informant 5-D)

Acaba el seu raonament fent referència a la poca difusió que es fa de molts informes del Departament i assenyala que n'hi ha que ni surten a la llum.

### 5.2.9. DIFICULTATS O RESISTÈNCIES PER PART DELS PROFESSIONALS PER IMPLEMENTAR EL PLA

Analitzem amb les nostres i els nostres informants quines resistències o dificultats pensen que poden tenir les professionals i els professionals per implementar el Pla.

L'informant 2 al·ludeix que sempre hi ha una resistència al canvi i comenta que:

Els professionals, metges i infermeres estem molt acostumats a fer el que volem, ¿no? I que no ens vinguin a dir /o que hem de fer i sempre que l'Administració diu tal, ¿que m'han d'explicar aquests a mi?

(Informant 2-H)

Continua dient que la resistència al canvi s'ha de treballar insistint d'una manera raonable i acceptable:

El Codi Infart, per exemple, va costar molt, però al final s'ha implementat i funciona. La resistència al canvi es venç discutint i parlant. Fent grups... parlant molt, però molt, ¿eh?

(Informant 2-H)

I comenta, en relació amb el Codi Infart, que:

Amb uns objectius ben clars que convencen la gent que l'objectiu val la pena, que no fas les coses perquè sí, sinó perquè tens un objectiu clar.

(Informant 2-H)

L'informant 3 diferencia els professionals més grans de la gent jove:

La gent jove no té cap perjudici en aquest sentit, tot el que se'ls pugui dir en el sentit de parlar d'aquestes coses ho assumeixen bé, no he notat, no he percebut recances, jo no...

Però estic parlant, ja li dic, d'una part del col·lectiu que és jove, ¿eh?

(Informant 3-H)

Analitzem amb els nostres i les nostres informants si el coneixement sobre gènere costa més d'integrar en la praxi professional. Ens assenyalen que costa més que altres coneixements, perquè són temes transversals amb altres disciplines:

Hi ha temes sociològics similars als del gènere que també influeixen. Se sap també que el nivell d'educació i d'ingressos tenen relació amb la Salut. Sabem avui dia que la Salut té molts factors, moltíssims, molts fora del sistema sanitari...El gènere, al ser un tema sociològic, costa més.

(Informant 2-H)

La informant 5 analitza per què costa més d'integrar els coneixements sobre gènere i diu:

Jo crec que perquè, quan parlem de gènere, estem parlant de la nostra pròpia vida, estem parlant que hem estat socialitzats en un món desigual i això, doncs... adonar-se d'això, a vegades, és molt dolorós, ¿no? I prefereixes, doncs... *casí* no pensar en això, fer amagar això...

(Informant 5-D)

I continua dient que aquest coneixement implica veure el món d'una altra manera:

A partir del moment que comences a veure que això no és una condició necessària ni és una condició natural ni biològica, sinó que és una construcció, això és molest. Per a moltes dones i per als homes, doncs, els treu també la seva situació de privilegi.

(Informant 5-D)

Ens interessa saber des de l'Administració quines garanties tenen que el Pla s'implementa. L'informant 2 referencia que hi ha un seguiment mitjançant les estadístiques del Departament, el Registre General de Malalties, l'*Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA) i que hi ha avaluacions progressives. Ell valora positivament el funcionament del Pla.

Aquest informant comenta que, per a l'elaboració del Pla, van recollir informació i van descriure uns protocols i ara s'han d'aplicar, que és el més difícil.

L'informant 3 ens assenyala que el Departament fa el Pla Director, però que aquest no l'executa:

Això té una sèrie de condicionants del propi funcionament de l'Administració, hi ha moltes administracions interconnectades, el Catsalut, etc., i, com a mínim, ràpid no és, crec jo.

(Informant 3-H)

Aquest informant fa referència a la lentitud per implementar les actuacions perquè hi ha moltes estructures per coordinar:

El Pla Director va preveure el Codi Infart i tot just el 2009 s'ha començat a implementar... no el Codi, que ja existia abans, però s'ha modificat i s'hi ha fet una empenta.

(Informant 3-H)

Preguntem als nostres i les nostres informants pels mecanismes d'avaluació del Pla Director i ens assenyalen que l'avaluació dels factors de risc que intervenen en les MCV estaran en el pròxim Pla de Salut.

L'informant 2 ens exposa la metodologia de treball del Pla, que va ser analitzar la informació disponible i descriure un protocol que s'ha d'aplicar; refereix la complicació i les energies que requereix la coordinació de tots els recursos sanitaris, programes territorials, atenció primària, hospitals...

Però és clar, aplicar protocols és més difícil que escriure'ls. Escriure'ls és molt fàcil. Aplicar-los vol dir que has de motivar els hospitals, els professionals, el Departament de Salut, el CatSalut, no sé... has de coordinar molta gent i, sobretot, canviar i, a vegades, hi ha reticències al canvi, ¿no?  
(Informant 2-H)

I, quant a la valoració, assenyalava que el que més ha funcionat ha estat el Codi Infart:

Jo ho valoro bé. El Codi Infart ha funcionat. Altres coses... altres coses, altres línies, com la insuficiència cardíaca i la rehabilitació estan una mica més en... *bueno*, més endarrerides en el desenvolupament. Però penso que hi ha la voluntat de fer-les.  
(Informant 2-H)

Les avaluacions es realitzen des del Departament de Salut amb les dades disponibles. Assenyalen que ara ja es disposa d'un registre específic pel IAM dins del Codi Infart i que, des de Girona amb el programa REGICOR, s'està treballant molt en aquest aspecte, i acaba dient:

Però jo penso que s'està aconseguint, el canvi de paradigma s'està aconseguint.  
(Informant 2-H)

En relació amb la perspectiva de gènere, comenta que la preocupació la tenien, però que no es va traduir en mesures concretes.

Un és que la idea i la preocupació i el concepte ja no hi sigui i l'altra cosa és que això es tradueixi en mesures concretes, que és diferent això, ¿m'entens?  
(Informant 2-H)

La informant 7 refereix que els Plans s'avaluen fent un seguiment dels objectius. Al referir-li que, en els objectius del PDMCV, no és present la perspectiva de gènere, ella fa referència al Pla de Polítiques de Dones del Govern de la Generalitat de Catalunya.

El Pla de Polítiques de Dones presenta actuacions molt genèriques, però vinculades als plans com poden ser les de l'eix 5, "Qualitat de vida i cohesió social", que tenen impacte sobre els serveis sanitaris. Recordem que l'objectiu general 5.4 (dins de l'eix 5) fa referència a **Garantir una assistència sanitària sense biaixos de gènere tenint en compte la diversitat femenina** i assenyalava que aquest objectiu té un impacte directe amb els serveis sanitaris. En relació amb l'avaluació, comenta que molta avaluació es fa internament i que no surt a la llum pública.



Quant a l'avaluació dins de la Regió Sanitària, l'informant 9 assenyala:

L'avaluació del Pla Director és una avaluació de les polítiques que es posen en marxa a través del Pla Director i que les posa en marxa el Pla Director i ells avaluen los seus resultats. Es fa una valoració *a nivell* global.

(Informant 9-H)

Ens interessa saber què pensen les nostres i els nostres informants amb relació a si la perspectiva de gènere és present en totes les fases de la política pública i, si no hi és present, en quina fase pensen que desapareix. En el procés de desenvolupament de les polítiques públiques, s'identifiquen les següents fases:

- Compromís polític, que s'adquireix per la voluntat política i es tradueix en un marc normatiu. En el cas estudiat, la publicació al *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* dels decrets pels quals es creen els plans directors (legislació).
- Disseny i planificació, el marc normatiu, es desenvolupa amb la publicació dels plans directors. Amb aquests plans, s'estableixen els objectius estratègics, les prioritats i les actuacions, així com l'assignació de recursos materials, financers i humans.
- Implementació i gestió implica posar en marxa les intervencions dissenyades pel plans directors. En el cas del sistema sanitari, implementar-ho en el procés assistencial.
- Seguiment i avaluació, l'anàlisi de les intervencions realitzades amb el propòsit de determinar en quina mesura s'han assolit els objectius previstos.
- Difusió pública implica comunicació als agents interessats i a la ciutadania els resultats de les intervencions (GARCÍA CALVENTE, 2005).

Les nostres i els nostres informants assenyalen que el gènere no és present en totes les fases de la política pública amb relació al Pla Director, encara que hi ha diferències d'opinió pel que fa a quina fase del procés perd la perspectiva de gènere i la causa d'aquesta pèrdua. Mantenim que les respostes depenen de la implicació de les persones informants en l'elaboració del Pla.

La informant 6 assenyala que des de la Conselleria és una prioritat, però que no arriba a implementar-se:

És una prioritat del govern i aquí el Departament és una cosa.. que hi ha d'altres departaments que costa molt més, ¿eh? A Salut, el tema que no tots som iguals davant de la salut, ja no només genèticament, és el que la gent ha de començar a entendre.  
(Informant 6-D)

L'informant 1 refereix, com a qüestió personal i ideològica, la dificultat d'incloure la perspectiva de gènere en la praxi professional i que aquesta pot estar desplaçada per un altre determinant de salut, com pot ser l'estatus econòmic.

No, no està present en totes les fases. El que passa que també diré que jo penso que hi ha d'haver molt de les persones. I també, a vegades, aquí hi ha un element ideològic, que fa que el gènere passi a segon terme en contraposició, i no hauria de ser així, a l'estatus econòmic.  
(Informant 1-H)

Justifica la seva resposta tot dient:

Una cosa no implica l'altra, ¿eh? No és el lloc, ¿no? Una cosa no treu l'altra. Però, a vegades, sí que et trobes en discussions i en debats com uns que defensen que és el gènere el que més marca i altres que diuen que marca més l'estatus econòmic.  
(Informant 1-H)

S'al·ludeix que la integració de la perspectiva de gènere depèn de la voluntat de cada persona, com un valor afegit a la praxi i no com un element que forma part intrínseca d'aquesta.

Jo diria que sí. Jo la tinc, almenys jo hi penso. No és fàcil posar-ho en pràctica a tot arreu. Nosaltres aquesta preocupació la tenim. Ara, que la tingui tothom, noia, això ja no ho sé.  
(Informant-2-H)

Acaba expressant el seu parer:

Des de les autoritats competents han d'insistir que això no es perdi.  
(Informant 2-H)

L'informant 1 assenyala que la base està en la instrucció transversal des de tots els departaments i raona les dificultats per dur-ho a terme, ja que moltes vegades els personalismes impedeixen portar a la pràctica accions conjuntes de govern.

En el seu raonament, també inclou la lentitud i dificultat per treballar des de la salut pública els elements que estan relacionats amb la salut i que no formen part estrictament del sistema sanitari (sedentarisme, tabaquisme, obesitat...). Tots aquests factors tenen un component de gènere molt important i s'acaben medicalitzant.

Jo veig que les coses van molt lentes. Llavors el problema és que, sense una Salut Pública, no es podran resoldre, no es podran garantir. Ara, quan anem a l'altra banda del mur... Llavors tenim sedentarisme, obesitat, mala dieta, tabac, alcohol i totes les altres coses que hem medicalitzat, en un component de gènere molt important.  
(Informant 1-H)

També assenyala que, a vegades, el discurs del gènere crea reticències en les pròpies dones, que el discurs es pot entendre malament i que caldria que s'integren homes en aquest discurs:

El discurs s'hauria d'intentar millorar molt amb un punt més intermedi, perquè, si no, es llegeix com de predomini. A vegades, penses que, en determinats entorns, per feminitzar un... un text, convindria que hi hagués més dones. Però, a vegades, convindria que hi hagués més homes, i això jo cada vegada ho veig més. I al revés.  
(Informant 1-H)

El nostre informant també assenyala que, com que el gènere és una construcció social, refereix que els canvis socials són molt lents. Refereix que els polítics haurien d'impulsar aquest canvi i que, actualment, són més gestors que polítics i que, per realitzar el canvi, fa falta discurs polític:

Llavors, [és] clar, aquests canvis, jo cada vegada tinc més la seguretat que requereixen molt de temps i generacions. Em costa creure tot /o que veig, ¿eh? Em costa molt veure que el món canvia. Les generacions, sí, però el món... Fins que no ve una onada que... que regira les coses, em sembla que el món...  
(Informant 1-H)

Els polítics actuals són gestors més que polítics. Llavors, [és] clar, costa molt que una visió, una il·lusió, un somni formi part del discurs dels gestors. El discurs és dels polítics.  
(Informant 1-H)

L'informant 3 pensa que sí que es va tenir en compte tota la informació científica del moment respecte al gènere, però que, tal vegada, no queda prou reflectit en el Pla:

Jo /o que no sé si es veu prou reflectida, probablement no, en termes específics, escrits en el Pla Director.  
(Informant 3-H)

Assenyala que, per qüestions de correcció política, potser caldria fer-lo més explícit:

Possiblement, des d'un punt de vista de la correcció política del tema, s'hauria pogut fer més èmfasi, possiblement, sí. Però *dóna* la impressió que en cap moment es va ignorar això, ¿eh? Potser no es va saber reflectir bé, això podria ser una altra cosa.

(Informant 3)

L'informant 4 assenyala que des de la Conselleria es va emfatitzar moltíssim que es tingués en compte el gènere i continua dient:

Potser s'hauria de fer més explícit en el que s'ha d'avaluar i s'haurien de fer algunes recomanacions específiques en alguns terrenys, per exemple, la cardiopatia isquèmica.

(Informant 4-H)

L'informant 7 remarca el tall o escletxa que existeix en la connexió entre la part teòrica i la part operativa, i assenyala que aquesta desconexió és un problema freqüent de les polítiques públiques, la desconexió entre la decisió o voluntat política i la seva aplicació, però que es pot recuperar amb l'avaluació de les actuacions per poder reintroduir els canvis necessaris.

Jo crec que en algun moment es pot arribar a perdre, sí... potser hi ha algun tall de connexió, en la connexió, que és el que costa traslladar la part teòrica a la part operativa.

(Informant 7-D)

Però jo crec que és això... és un problema que ens trobem en tot tipus de polítiques, d'aplicació de qualsevol decisió de política pública, que hi ha una desconexió... Però jo crec que és una cosa que es pot recuperar amb l'avaluació i el seguiment i és on s'ha de reintroduir si s'ha perdut pel camí. I el que... potser s'ha de reforçar, i jo crec que s'està reforçant també l'avaluació de les actuacions.

(Informant 7-D)

La perspectiva de gènere per a la informant 6 es trenca en el disseny i planificació i referencia que es va crear un grup dins del Departament per impulsar aquesta qüestió, i assenyala que hi hauria d'haver grups o una unitat de gènere a tots els departaments. També insisteix en la formació en gènere per part del directius i manifesta la seva voluntat d'arribar als professionals perquè implementen les polítiques de gènere:

Ara no ens podem quedar aquí, ara hem de treballar la implementació i això inclou la formació, que és molt important, però després hem de fer més coses, hem d'arribar als professionals d'alguna manera, els hem de dir, a partir d'ara, s'ha de fer d'aquesta manera i *obligado*, la pràctica clínica l'heu de canviar.

(Informant 6-D)

En l'anàlisi de les entrevistes de les persones de la Regió Sanitària que han format part de l'equip d'actors i actrius del Pla, l'informant 8 pensa que la perspectiva de gènere és present en la normativa i en la planificació.

El marc normatiu, sí. Suposo que aquí es té en compte i s'ha treballat, hi ha els experts i els planificadors, ¿no? Això segur que ho han tingut en compte per confeccionar el Pla Director de la malaltia.  
(Informant 8-H)

Tanmateix, creu que es va perdent a mesura que baixem en les fases de les polítiques públiques descrites anteriorment. Comenta que, difícilment, trobem la perspectiva de gènere en la implementació del Pla, a excepció que es dugui a terme alguna recerca particular relacionada amb el gènere. Si no, la introducció de la perspectiva de gènere tan sols es limita al registre de les dades desagregades per sexe:

Després, en la implementació i gestió, menys, ¿no? Progressivament. I quan ja... en la gestió encara, però en la implementació, *a no ser* que estigui fet un treball que... un treball de recerca per publicar o... no crec que es tingui en compte. Al final, s'acaba registrant tot això, sexe masculí i femení. Penso, ¿eh?  
(Informant 8-H)

L'informant responsable de la planificació operativa es mostra més crític i raona que la voluntat política, si no s'acompanya de mesures concretes, com és en el cas del Codi Infart, no es pot arribar a implementar i demana mesures concretes.

A veure, la voluntat política és molt fàcil, la voluntat política vol dir "hágase la ley" i "hágase esto". Han passat 7 o 8 anys i continuem barallant-nos perquè això es faci. O sigui, la voluntat política està molt bé, la redacció està molt bé... si t'hi fixes, no redacta coses concretes, quan parla què s'ha de fer en un infart, sí que ho diu concretament; quan parla de les polítiques de gènere, ho diu ambiguament. [...] A veure, la voluntat política, el que ha de dir, ¿en què es concreta això? No es diu i, per tant, si no es concreta i no es diu, no podem arribar a implementar. [...] Dis-me alguna mesura concreta, dis-me alguna mesura que posi clar què s'ha d'implementar amb relació al gènere. Això, per a les dones, no surt.  
(Informant 9-H)

La informant 5 afirma que la perspectiva de gènere ha de ser present actualment i en el futur com a compromís polític amb les institucions europees:

Sí, sí que es perd. [És] clar que es perd. Es perd o ni es comença a contemplar. Però ja te dic, això jo crec que és un procés, i és un procés que si aquest Pla Director es fa ara una reedició del Pla Director, segurament... ni que sigui per compromisos polítics i per un mandat de l'Estat i de la comunitat, això ha d'estar.  
(Informant 5-D)

Les persones informants assenyalen que la perspectiva de gènere es perd en el procés que segueix el desenvolupament de la política pública. Les persones implicades en la planificació i disseny refereixen que es perd en la implementació i assenyalen com a causes la manca de sensibilitat, de formació, de recursos, diferents marcs teòrics que porten a una escletxa entre les persones que planifiquen i les que implementen, fallant els mecanismes de transmissió.

No s'estableix cap mecanisme per fer efectiu el trasllat del coneixement existent actualment en relació amb les MCV i el gènere al Pla Director.

Però, a mesura que anem baixant en relació amb la implicació en el disseny i redacció, es dubta, fins i tot, de la voluntat política, ja que no es reflecteix en cap objectiu ni es donen indicacions específiques per implementar l'article 2.2 del Pla Director:

“En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats”.



### 5.3. ANÀLISI DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL GRUP DE PROFESSIONALS SANITARIS

#### 5.3.1. CARACTERÍSTIQUES DE LA REGIÓ SANITÀRIA DE LES TERRES DE L'EBRE

Abans de passar a l'anàlisi del grup de professionals sanitaris que desenvolupen la seva activitat assistencial a la *Regió Sanitària de les Terres de l'Ebre* (RSTE), procedim a descriure breument les seves característiques.

La Regió Sanitària de les Terres de l'Ebre està formada per les comarques del Baix Ebre, el Montsià, la Ribera d'Ebre i la Terra Alta, situades al sud de Catalunya i integrant els governs territorials de Salut del Montsià, Altebrat i Baix Ebre. El Govern Territorial Altebrat el formen les comarques de la Terra Alta i la Ribera d'Ebre, que van formar en el seu dia el Pla Altebrat.<sup>13</sup>



Segons el Registre Central d'Assegurats del CatSalut, formen part dels diferents *governos territorials de Salut* (GTS)<sup>14</sup> 183.313 persones, i la distribució per sexes i per comarques és segons el registre (*taula 9*).

<sup>13</sup> El *Govern Territorial de Salut* (GTS) està format per un consorci territorial entre l'Administració de la Generalitat de Catalunya (Departament de Salut i Servei Català de la Salut) i els ens locals (ajuntaments) per compartir la direcció i gestió del sistema sanitari en el territori establert, per contribuir a la millora de la salut de la població de referència. Disponible a [http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix\\_lesregions.htm](http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_lesregions.htm). Última revisió, 20-7-2011.

<sup>14</sup> Els governs territorials de Salut es creen pel Decret 38/2006, pel qual es regula la creació dels governs territorials de Salut. DOGC, núm. 4594, de 16 de març de 2006.



Taula 9

	Homes	Dones	Total
Altebrat	21.189	20.525	41.714
Baix Ebre	39.123	37.865	76.988
Montsià	32.677	31.934	64.611
			183.313

Font: Mapa Sanitari de Catalunya, *Registre Central Assegurats* (RCA), 31 desembre 2005

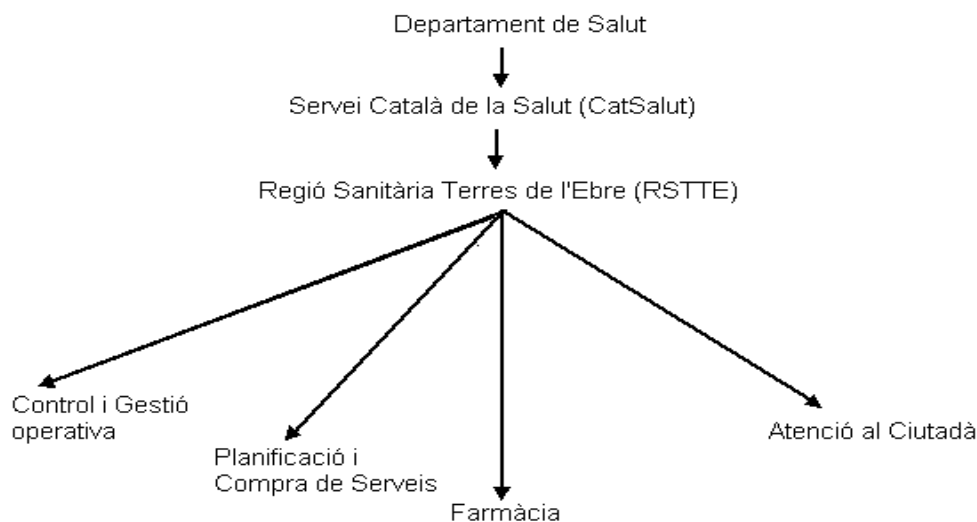
Aquest territori es caracteritza, principalment, perquè l'índex d'envelliment és més elevat que la mitjana de Catalunya. En la *taula 10*, es mostra l'índex d'envelliments dels diferents territoris que formen la RSTE i hi podem observar que la Terra Alta i la Ribera d'Ebre són les comarques més envellides.

Taula 10

	Índex d'envelliment
Altebrat	199,2
Baix Ebre	145,9
Montsià	132,5
Catalunya	112,9

Font: Mapa Sanitari de Catalunya, *Registre Central Assegurats* (RCA), 31 desembre 2005

L'organigrama de la Regió Sanitària de les TE del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya respon al següent esquema:<sup>15</sup>



El cap dels Serveis Territorials de Salut de la Regió Sanitària és el responsable i gerent del *Servei Català de la Salut* (CatSalut). El CatSalut de la Regió Sanitària està

<sup>15</sup> Disponible a [http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/organisme\\_fitxa.jsp?codi=6983](http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/organisme_fitxa.jsp?codi=6983). Última consulta, 21-7-2011.

format pels departaments de Control de Gestió i Suport Operatiu, Planificació i Compra de Serveis, Farmàcia i Atenció al Ciutadà.

La unitat de Planificació i Compra de Serveis busca els proveïdors per dur a terme els serveis del CatSalut a cada regió, amb la particularitat que el contracte que realitza el CatSalut amb l'*Institut Català de la Salut* (ICS) és un contracte programa de tot Catalunya. L'*Hospital Tortosa Verge de la Cinta* (HTVC), de titularitat de l'ICS, el principal centre hospitalari de la Regió Sanitària TE amb 237 llits de malalts/es d'aguts, entra dins d'aquest contracte programa. A cada Regió Sanitària, els contractes es realitzen amb els consells d'administració dels centres hospitalaris corresponents i aquest amb l'entitat que els gestiona. En aquestes comarques, un dels proveïdors és el grup SAGESSA, que, com diu en la seva web de presentació, participa des del 1989 en la planificació, promoció, desenvolupament i consolidació d'un model de salut i serveis assistencials a les sis comarques meridionals de Catalunya.<sup>16</sup>

En la Regió Sanitària TE, SAGESSA gestiona l'*Hospital Comarcal d'Amposta* (HCA) amb 40 llits de malalts/es d'aguts, l'*Hospital Comarcal de Móra d'Ebre* (HCME) amb 76 llits i 30 sociosanitaris, i l'*Hospital de la Santa Creu de Jesús - Tortosa* amb 335 llits sociosanitaris.

També forma part de la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP) la Clínica Terres de l'Ebre del grup de Clíniques de Catalunya amb 40 llits de malalts/es d'aguts.

L'*Atenció Primària de Salut* (APS) de la Regió Sanitària TE està distribuïda en 12 *Àrees Bàsiques de Salut* (ABS) i formen part d'aquestes 24 *Centres d'Atenció Primària* (CAP) i 63 consultoris locals (*taula 11*).

*Taula 11*

<b>Regió Sanitària/ GTS</b>	<b>Nombre d'Àrees Bàsiques de Salut</b>	<b>Nombre Centres Atenció Primària</b>	<b>Nombre de Consultoris Locals</b>
Altebrat	4	6	40
Baix Ebre	5	10	12
Montsià	3	8	11

Font: Mapa Sanitari de Catalunya

Des de la Regió Sanitària, també es contracta el transport sanitari amb el *Centre d'Ambulàncies Baix Ebre* (CABE), que és proveïdor del *Sistema d'Emergències Mèdiques* (SEMSA), que és una empresa pública depenent de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, dels serveis de Transport Sanitari Urgent, en les

<sup>16</sup> Disponible a [http://www.grupsagessa.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=116&Itemid=13](http://www.grupsagessa.com/index.php?option=com_content&view=article&id=116&Itemid=13). Última consulta, 21-7-2011.

modalitats de *Suport Vital Bàsic* (SVB) i *Suport Vital Avançat* (SVA), i del Transport Sanitari no Urgent.

### 5.3.2. IMPLEMENTACIÓ DEL PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES CARDIOVASCULARS (PDMCV) A LA REGIÓ SANITÀRIA TERRES DE L'EBRE (TE)

L'objecte del nostre estudi és analitzar la integració de la perspectiva de gènere al Sistema Sanitari Català, estudiant els plans directors; especialment, centrem la nostra anàlisi en el *Pla Director de les Malalties Cardiovasculars* (PDMCV), que forma part del *Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori* (PDMAC).

Vam consultar al director del Pla si havia alguna diferència en la implementació del Pla segons les regions sanitàries i ens va contestar que, en el moment de realitzar l'estudi, ja estava tot desplegat i que, per tant, era igual en qualsevol Regió Sanitària de Catalunya. Per aquest motiu, hem centrat l'anàlisi de la implementació del Pla en la RSTE.

La persona responsable de la implementació del Pla en la regió és la que coordina la Planificació Operativa. En l'entrevista realitzada, ens comunica que la Unitat d'Insuficiència Cardíaca de l'HTVC de titularitat de l'ICS, el contracte amb el CatSalut es realitza en l'àmbit del Departament de Salut, amb un contracte programa.

Formen part del desplegament del PDMCV el Codi Infart, la *Unitat d'Insuficiència Cardíaca* (UIC), el Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS-TE, la xarxa assistencial tant hospitalària com sociosanitària i de *Centres d'Atenció Primària* (CAP).

**El Codi Infart** es defineix com el conjunt de mesures que s'activen quan un pacient que entra en contacte amb la xarxa assistencial té, o és sospitós de tenir, una síndrome coronària aguda (angina de pit o infart agut de miocardi) i té com a objectiu prioritzar al màxim l'atenció a donar perquè el pacient rebi, en el mínim temps, les mesures diagnòstiques i terapèutiques apropiades en els diferents punts de la xarxa assistencial.<sup>17</sup>

En la Regió Sanitària hi ha una comissió formada per divuit persones per coordinar el desenvolupament del Codi Infart. Aquestes persones pertanyen als diferents centres hospitalaris i servei d'ambulàncies implicats en el desplegament del Codi Infart, com són l'HTVC, HCA, HCM, Clínica TE, SEM ambulàncies.

Composició de la comissió:

- *Hospital Tortosa Verge Cinta* HTVC: sis components (entre els quals hi ha dues dones). El responsable del Codi Infart és un metge de la Unitat de Medicina Intensiva.

<sup>17</sup> Disponible a <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/codiinfart07.pdf>. Última consulta, 21-7-2011.

- *Hospital Comarcal de Móra d'Ebre* (HCM): tres components (entre els quals hi ha una dona).
- *Hospital Comarcal Amposta* (HCA): tres persones (entre les quals hi ha una dona).
- Clínica TE: un component (home).
- SEM: una component (dona).
- SAP TE: dos components (entre els quals hi ha una dona).
- *Regió Sanitària Terres de l'Ebre* (RSTE): un component (home).
- Gerent RSTE (home).

(Recopilació de dades, octubre del 2010):

**El Programa de la Unitat d'Insuficiència Cardíaca (UIC)**, segons consta en el document de creació de la unitat, és multidisciplinari amb el nucli coordinador en el Servei de Cardiologia de l'HTVC, i està format per personal especialitzat i/o familiaritzat amb el maneig de pacients afectats per aquesta síndrome, comorbiditats i aspectes psicosocials. El programa treballa de forma interrelacionada, protocol·litzada i amb objectius predeterminats, garantint així una alta qualitat assistencial de la Insuficiència Cardíaca basada en criteris d'eficiència i eficàcia.

Els serveis implicats i el personal de referència està format per una infermera especialitzada, un metge cardíolog, que és el coordinador de la unitat, una metgessa de la Unitat de Medicina Interna, una metgessa de la Unitat de Rehabilitació, una psicòloga clínica i una assistent social.

**En el Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS-TTE**, segons dicta el material de presentació, l'objectiu és la coordinació efectiva dels diferents nivells assistencials. Aquesta comissió està formada per disset professionals dels diferents nivells assistencials (deu són dones i set són homes).

### 5.3.3. ANÀLISI DE LES ENTREVISTES DEL TERCER GRUP: PROFESSIONALS QUE IMPLEMENTEN EL PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES CARDIOVASCULARS A LA REGIÓ SANITÀRIA TERRES DE L'EBRE

Per a la selecció dels professionals que formen part del grup d'estudi als quals realitzarem les entrevistes en profunditat, hem tingut en compte els nivells assistencials on es desenvolupa l'atenció a les persones amb problemes cardiovasculars, com són la *Unitat d'Insuficiència Cardíaca* (UIC), el Codi Infart, el Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS-TE, *Centres d'Atenció Primària* (CAP), directors/es d'Equips d'Atenció Primària, ja que formen la part institucional en la transmissió de les polítiques d'implementació dels programes, plans i protocols del Departament de Salut.

Ens interessa analitzar si la perspectiva de gènere que està contemplada en el DOGC de creació del Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori i reflectida parcialment en la redacció del Pla arriba als professionals que l'implementen. Per aquest motiu, ens interessa analitzar quin és el coneixement que tenen del Pla Director i de les polítiques de gènere que porta a terme el Departament. Pel que fa a la seva pràctica assistencial, preguntarem si han observat diferències i quines són entre els homes i les dones respecte a les MCV que podrien estar relacionades amb el sexe/gènere; també ens interessarem pel que pensen dels estereotips presents en la nostra societat respecte a les MCV i si aquests influeixen en la invisibilitat de les dones amb aquest problema de salut. També ens interessa saber si han tingut formació en gènere, i quins elements influeixen perquè la praxi professional inclogui la perspectiva de gènere.

En els relats dels nostres i les nostres informants/es, analitzarem si són presents en la seva praxi professional les dimensions que, per a nosaltres, constitueixen la perspectiva de gènere (determinants de gènere lligats a la visibilitat, transversalitat, participació, recerca i formació).

#### COMPONENTS DEL TERCER GRUP D'ANÀLISI

<b>INFORMANT 1</b>			
Data entrevista	Abril 2011	Duració entrevista	50'
Sexe	Home	Anys exercici professional	5 anys com a cardiòleg
Lloc de treball/càrrec: Unitat Cardiologia – coordinador <i>Unitat Insuficiència Cardíaca</i> (UIC) -Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS-TE			

### INFORMANT 2

Data entrevista	Maig 2011	Duració entrevista	35'
Sexe	Dona	Anys exercici professional	14 anys a la Unitat de Medicina Interna HTVC

Lloc de treball/càrrec: Unitat Medicina Interna - *Unitat Insuficiència Cardíaca* (UIC).  
.- Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS-TE

### INFORMANT 3

Data entrevista	Maig 2011	Duració entrevista	45'
Sexe	Home	Anys exercici professional	29 anys

Lloc de treball/càrrec: *Unitat Medicina Intensiva* (UMI) - coordinador CODI INFART

### INFORMANT 4

Data entrevista	Abril 2011	Duració entrevista	25'
Sexe	Dona	Anys exercici professional	37 anys com a Infermera Hospitalària

Lloc de treball/càrrec: consulta cardiologia - *Unitat Insuficiència Cardíaca* (UIC).  
Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS-TE

### INFORMANT 5

Data entrevista	Maig 2011	Duració entrevista	60'
Sexe	Home	Anys exercici professional	29 anys com a metge de família

Lloc de treball/càrrec: *Àrea Bàsica de Salut* (ABS)- *Centre d'Atenció Primària* (CAP). -Director de l'*Equip d'Atenció Primària*

### INFORMANT 6

Data entrevista	Abril 2011	Duració entrevista	30'
Sexe	Dona	Anys exercici professional	35 anys com a Infermera <i>Atenció Primària Salut</i> (APS)
Lloc de treball/càrrec: <i>Àrea Bàsica de Salut (ABS)- Centre d'Atenció Primària (CAP)</i>			

### INFORMANT 7

Data entrevista	Maig 2011	Duració entrevista	45'
Sexe	Home	Anys exercici professional	32 anys com a metge de família
Lloc de treball/càrrec: <i>Àrea Bàsica de Salut (ABS)- Centre d'Atenció Primària (CAP)</i>			

### INFORMANT 8

Data entrevista	Maig 2011	Duració entrevista	30'
Sexe	Home	Anys exercici professional	8 anys com a infermer APS
Lloc de treball/càrrec: <i>Àrea Bàsica de Salut (ABS)- Centre d'Atenció Primària (CAP)</i>			

### INFORMANT 9

Data entrevista	Abril 2011	Duració entrevista	30'
Sexe	Dona	Anys exercici professional	23 anys com a infermera APS
Lloc de treball/càrrec: <i>Àrea Bàsica de Salut (ABS)- Centre d'Atenció Primària (CAP). Directora de l'Equip d'Atenció Primària</i>			

### **INFORMANT 10**

Data entrevista	Abril 2011	Duració entrevista	35'
Sexe	Dona	Anys exercici professional	11 anys com a metgessa de família
Lloc de treball/càrrec: <i>Àrea Bàsica de Salut (ABS)- Centre d'Atenció Primària (CAP). Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS-TE</i>			

Per obtenir la informació, hem elaborat una entrevista semiestructurada, la recollida d'informació s'ha previst en set dimensions o apartats.

En el **primer apartat**, volem cercar si els professionals i les professionals han copsat en la seva pràctica diària diferències entre els homes i les dones amb relació a les MCV, diferències que poden estar relacionades amb la forma d'expressar la demanda, els símptomes que presenten les persones malaltes, la incidència i freqüència dels factors de risc, l'adhesió al tractament, la relació dels factors psicosocials... L'anàlisi d'aquest ens donarà informació de si han observat determinants relacionats amb el sexe/gènere i les MCV i la possible invisibilitat de les dones en aquest problema de salut.

En el **segon apartat**, cerquem informació de si estan assabentats/des de com està organitzada l'atenció en relació amb les MCV des del Sistema Sanitari (Unitat d'Insuficiència Cardíaca, grup de crònics-ICS...) i fora del Sistema Sanitari (associacions, intervencions en l'àmbit comunitari...). També volem saber si coneixen el Grup Kyria, òrgan assessor i validador de les polítiques de gènere elaborades pel Departament de Salut i que col·labora amb el grup de treball que fa el seguiment de les actuacions integrades en el Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones, liderat per l'ICD, constituït al setembre de 2005.<sup>18</sup> Volem saber si coneixen actuacions transversals en relació amb les MCV.

En el **tercer apartat** busquem informació en relació amb la recerca i els professionals, bé com a investigadors/es (productors/es de recerques) o lectors/es de recerques (receptors/es). És a dir, si han participat en algun tipus de recerca relacionada amb les MCV i si han desagregat les dades per sexe, quines troballes destacarien... També hem volgut saber si les persones entrevistades en la mesura que són receptors/es de

<sup>18</sup> En: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1954/doc9689.html>. Última revisió, 26-7-2011.



recerca, han llegit articles amb relació al sexe/gènere i les MCV i quina opinió els mereixen aquestes recerques.

En el **quart apartat**, els preguntem si coneixen el Pla Director de les MCV i si des de la institució els han donat informació sobre el Pla; si tenen coneixement de com s'implementa el Pla. Llegint l'article 2.2 del DOGC de creació del Pla que diu: "En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats". A continuació, els preguntem com pensen que s'hauria d'integrar aquesta variant de gènere en l'assistència, i de quins elements depenen la seva integració. Ens interessa saber si des de la institució els han donat alguna indicació per integrar el gènere en la pràctica professional.

En el **cinquè apartat**, preguntem per la seva formació amb relació al gènere, la salut i els problemes de salut. El nostre objectiu és constatar si aquesta manca de coneixements pot tenir relació amb la dificultat per incorporar el coneixement existent amb relació al sexe/gènere i la salut i els seus problemes.

En el **sisè apartat**, els demanem l'opinió relativa a unes frases que representen pensaments estereotipats relacionats amb les malalties del cor i el sexe. Aquestes frases que poden estar en el pensament popular i poden repercutir en la creació de l'imaginari que les malalties del cor estan lligades al sexe masculí. Influint en la invisibilitat de les dones amb relació a les MCV, i l'actitud d'alguns professionals vers aquest problema de salut.

Finalment, en el **setè apartat**, els demanen si coneixen les polítiques del Departament de Salut en relació amb el gènere i acabem l'entrevista preguntant per l'avaluació i seguiment del Pla Director de les MCV.

#### 5.3.3.1. PRIMER APARTAT: DETERMINANTS SEXE/GÈNERE EN RELACIÓ AMB LES MALALTIES CARDIOVASCULARS (MCV)

En el relat de les persones informants, hem emprat la terminologia informant-H o informant-D per identificar el sexe de la persona que ho relata. Al preguntar-los si detectaven diferències entre les dones i els homes com a pacients amb relació a les MCV, la majoria diu que sí. Només hi ha un informant que d'entrada diu que no existeixen diferències, sinó que depèn de les persones més que del sexe, però, a mesura que avança la conversa, van sorgint nous elements de reflexió:

No sé què dir-te... perquè [és] clar... jo, més que diferenciar per sexes, veig diferència per pacients, ¿no? Però sí que és veritat que les dones, en general, són més metòdiques, més disciplinades en els tractaments...

(Informant 1-H)

Les altres persones referencien diferències ja d'entrada:

Hi ha diferències de gènere tant en la forma en què ells senten la malaltia, com en la forma de seguir les pautes.

(Informant 2-D)

Sí, sens dubte. Hi ha diferències en la percepció de la salut i, per tant, en la percepció de la malaltia, en qualsevol... i... en la cardiovascular també, faltaria més. Hi ha, per exemple, el fet que continua sent desconegut que la mortalitat cardiovascular en dones és superior al càncer de mama, a partir de la menopausa. Això moltes dones quan els ho expliques, *pues...* se sorprenden.

(Informant 7-H)

L'informant intensivista assenyala que ell veu les persones malaltes en la fase aguda i que les dones que ingressen són més grans. En les edats avançades, la simptomatologia, a vegades, s'expressa d'una manera diferent:

Potser en l'home... la tendència dels símptomes és a ser més típics, més clàssics, els descrits als llibres; i les dones és una mica diferent.

(Informant 3-H)

Continua dient que el problema, a vegades, és el diagnòstic, ja que com que els símptomes són més inespecífics s'ha d'arribar a fer coronariografies per poder arribar al diagnòstic:

Ja sabem que els símptomes poden ser molt inespecífics, molt... molt variants d'un a l'altre, de pacients, i són poc fiables per poder estar segurs; per tant, depenem bastant de les proves complementàries com són els marcadors de miocardi en el cas de la síndrome coronària aguda. Els pacients que ingresseu nosaltres són d'aquest tipus.

(Informant 3)

La majoria assenyalen el rol de la dona com a cuidadora de l'home amb MCV, més que la dona subjecte de la malaltia:

Habitualment, els homes es fien de la dona i que sigui la dona la infermera, ¿no?, la que li dóna la pastilla, la que està pendent de la malaltia...

(Informant 1-H)

Jo crec que les dones són les que solen portar el tractament no solament quan són elles les pacients, sinó quan el marit o la parella és el pacient.

(Informant 2-D)

Assenyalen que, sobretot, aquest fet s'observa als pobles petits:

Quasi sempre vénen les dones. *A lo millor* l'home l'has de citar o a les vuit del matí o a la una del migdia perquè la resta d'hores *pues* estan al camp i no et vénen. Potser en una ciutat és diferent. [...] Hi ha pobles que els homes és com si passessin una mica de tot i no vénen ni a fer-se la recepta electrònica tampoc, ja hi va la dona i...no ve a mirar-se la tensió per ell perquè no pot...

(Informant 8-H)

Una altra informant també remarca aquest fet:

Jo, com que tinc una població molt envellida i rural totalment, potser sí que noto que hi ha una diferència en el rebre la informació. Les dones ho assumeixen més fàcilment, segueixen més les recomanacions d'estil de vida, en general, i són més independents. Els homes es fan dependents de la dona. Qualsevol cosa necessiten que hi vagi la dona, que vingui la dona, comenti-li a la dona... En això, sí. Una mica de diferència, però *bueno*, en general, són bastant iguals.

(Informant 10-D)

Una infermera d'un CAP urbà també ho assenyala:

Jo *lo* que sí que estic veient és que, normalment, los homes sempre vénen acompanyats de les dones i sempre són elles les que porten més la veu cantant, les que els fan complir més los tractaments... jo *lo* que observo una mica és això.

(Informant 6-D)

Remarcant més aquest fet, un informant assenyala:

Tenia los mateixos factors de risc cardiovascular, possiblement, que l'home, perquè hi ha moltes coincidències; en canvi, venia a preguntar pels altres, però no venia a preguntar per ella.

(Informant 5-H)

Un informant aprofundeix més en el seu raonament del rol:

La percepció també és molt diferent, la dona sempre per raons culturals, sempre, eh... té una... tendència a... la té assumida, la té interioritzada, la tendència, la majoria, no totes a continuar sent la víctima amb respecte de l'home i, per tant, la malaltia que pot afectar l'home ella es veu en la necessitat de ser la companya eterna, la cuidadora. La que li afecta a ella, en canvi, és la resignació cristiana: li ha tocat, què li farem, hem vingut a aquest món a patir.

(Informant 7-H)

I continua el seu raonament conclouent que la dona cuida més els altres que a ella mateixa:

Això implica no solament una resignació, sinó que implica també una manca, moltes vegades que hi ha un problema, una manca de seguiment, una manca d'adscripció terapèutica. Quan preguntes, te diuen que, moltes vegades, amb una simple dieta, te diuen que tenen problemes per fer tres tipus de menjars.  
(Informant 7-H)

Aquest raonament també l'assenyala un altre informant:

Des que vaig començar a passar consulta a Atenció Primària, vaig percebre que la dona se preocupa més dels factors de risc cardiovasculars, però es cuidava *menos*.  
(Informant 5-H)

Continua dient:

Me'n recordo d'*algo* que crec que no se m'oblidarà mai, que era la seva actitud a les hores de les menjades, de manera que moltes dones... doncs, d'una manera... diràs... com a *algo* que havien après també de les seves mares o... la cosa era que era un fet generalitzat, que tenien tendència a menjar-se *lo* que sobrava a les menjades, ¿no? Però després estaven preocupades pel colesterol, obesitat... Les dones no es cuidaven de la mateixa manera que pensaven que *tenien* que cuidar els membres de la seva família. Potser va ser la primera vegada o de les primeres que em *vaig donar compte* que aquí hi ha *algo* diferent.  
(Informant 5-H)

Amb relació a les diferències, assenyalen que les dones minimitzen la malaltia:

A veure, en principi, i així d'entrada... jo, la percepció que tinc és que hi ha més homes que tenen malalties cardiovasculars que dones. Parlo *a nivell* de la meva experiència del dia a dia. I, a l'hora de portar la malaltia, possiblement, també hi ha diferències, en el sentit que els homes... a veure... és com si estiguessin més malalts. En la mateixa situació, és com si estiguessin més malalts.  
(Informant 9-D)

La majoria assenyalen que les dones són més metòdiques i que s'adhereixen més al tractament i que els homes són més transgressors.

Sí. Aquí fa temps es van muntar caminades i s'implicaven les dones; d'homes, no en veia cap.  
(Informant 8)

Pel que fa a l'actitud, un assenyala:

Tampoc no sabia què dir-te, segurament, hi ha diferències per sexe, però hi ha persones i persones...  
(Informant 1-H)

Una informant assenyala que les diferències les observa més en les edats que en el sexe.

Analitzant les respostes de les persones informants, coincideixen que les dones són més metòdiques amb els tractaments quan estan malaltes i també que les dones amb MCV són més grans que els homes. La majoria veuen diferències: alguns/es remarquen que les diferències són més notables per edat i entre persones, que per sexe. Observem que assenyalen la dona no com a subjecte de la malaltia, sinó amb el rol de cuidadora de la família o el seu company o marit, anteposant la cura dels altres a la seva pròpia cura. Aquest fet pot ser un element que pot estar relacionat amb la invisibilitat de la dona com a malalta en la percepció dels mateixos professionals.

Quant als factors de risc de les MCV, assenyalen que la diferència, sobretot, es dona en el consum de tabac, però que, actualment, aquest consum es va igualant. Esmenten l'efecte protector dels estrògens en l'època fèrtil de les dones. En la resta de factors de risc, la majoria no menciona cap diferència, però una informant remarca que les dones els minimitzen:

Crec que, en general, minimitzen, estan més acostumades a certa edat a tenir obesitat, hipertensió... tot /o que el risc cardiovascular comporta i ho veuen com més habitual.  
(Informant 2-D)

Un informant assenyala que hi ha una conducta dels professionals associada a la dona amb relació als factors de risc que van lligats a estils de vida masculins i la protecció hormonal de les dones:

Quan es començava a parlar de la malaltia cardiovascular, del *boom*, del colesterol, de tot això... i *me'n donava compte* que també a *nivell* científic, la literatura que mos arribava deia: l'efecte dels factors cardiovasculars sobre la dona són *menos*, perquè d'alguna manera està més protegida pel tema dels estrògens. I... i això, possiblement, també estava creant... d'alguna manera t'estava obligant a ser *menos* intervencionista en la modificació dels factors de risc cardiovascular a les dones. I penso que això avui dia la ciència o l'evidència t'ho ha desplaçat, ¿no?  
(Informant 5-H)

També assenyala:

Quan començàvem a estudiar lo tema dels factors de risc cardiovasculars, una cosa que em va xocar molt, un dels companys que assistia a la reunió, va dir: "L'home que té com a dona una dona que té un grau alt de formació, és un factor de risc cardiovascular per a l'home". Era curiós perquè pareix que només buscaven factors de risc cardiovasculars per tractar l'home, ¿no? I no buscaven factors de risc cardiovascular per a la dona.  
(Informant 5-H)

Aquesta referència posa en evidència el caràcter androcèntric d'algunes actuacions professionals.

Atès que, al llarg de les entrevistes realitzades, les persones informants no assenyalaven els factors de risc psicosocials, els vam preguntar si consideraven que aquests poden ser un factor de risc per a les MCV. *La Guia de pràctica clínica sobre prevenció de la MCV*, que ja hem mencionat en altres apartats, assenyalava: "Hi ha cada vegada més evidències científiques que els factors psicosocials contribueixen de forma independent al risc de *cardiopatia isquèmica* (CI). S'ha demostrat que els següents factors de risc psicosocials són capaços de condicionar el risc de contraure CI i poden perjudicar el curs clínic i el pronòstic dels pacients amb CI:

- Nivell econòmic baix.
- Aïllament social i falta de suport social.
- Estrès en el treball i en la vida familiar.
- Emocions negatives, com depressió i hostilitat.

(GRAHAM i [et al.], 2008)

No sé si són factors de risc, *lo* que sí que són moltes vegades precipitants o desencadenants (*arrel* d'un problema familiar, d'una discussió...), pot haver-hi una descompensació de la cardiopatia de base.

(Informant 1-H)

Algunes persones informants assenyalen el fet de cuidar com a factor de risc psicosocial. Recordem que la majoria de les persones cuidadores són dones i que es considera el fet de cuidar una tasca pròpia de les dones:

Després lo paper de cuidadora que sempre se li ha assignat, ¿no? El paper del seu rol propi com a dona dintre de *lo* que serien els estaments clàssics de dona, jo penso que és un paper condicionant en part a les malalties cardiovasculars... que no ha tingut possibilitat de sortir a fer exercici, potser sí que treballava físicament, però... sortia l'home a treballar, sortien los fills, però ella se quedava a casa.

(Informant 5-H)

L'estrès de cuidar, que potser sí que després al cap d'un temps pot desencadenar en un factor *aggravant*, més en les dones, perquè els homes no se sobrecarreguen tant, *vamos, nada*.

(Informant 10-D)

Aquí hi ha moltes dones cuidadores. Suposo que l'estrès de tenir gent a casa, estar pendent de cuidar, de... tens... un *abuelo* a casa i *tens* d'estar pendent, *pues* ja te treu temps de... que a *lo millor* antes anaves a caminar o anaves al gimnàs o *lo* que sigui i ja no fas esta activitat, o a l'hora de menjar, *pues* menges amb pressa... Llavors, vulguis que no, implica i està relacionat.

(Informant 8-H)

Jo penso que sí, la situació d'estrès jo crec que és important, i les sobrecàrregues... sobretot, a *nivell de les dones*, ¿no?, que som les que mos carreguem tot això. Jo crec que sí".

(Informant 9-D)

També assenyalen altres factors de risc psicosocial:

L'estrès està molt relacionat. I sobretot ara en l'època en què vivim hi ha gent que està molt afectada pel tema de la feina i això *els hi* crea problemes, sí.

(Informant 4-D)

Un informant va més lluny amb el seu raonament, explicant la importància que se li dóna quan l'home pateix una crisi d'ansietat i que, a les dones, des del Sistema Sanitari es tracta de pal·liar les situacions d'estrès amb ansiolítics i tranquil·litzants.

L'home ho té interioritzat, que una crisi d'ansietat li provoca que el cor vagi més a pressa, que li pugi la pressió i ai, pobret de mi, que acabaré amb un atac de cor! Curiosament, la dona, en referència a l'home, comenta: "Jo intento que el meu marit no es posi nerviós, perquè, si no, podria tenir un atac de cor. Però, quan passa al revés no és conscient, en absolut. I la dona continua majoritàriament amb els factors estressants, quan hi ha algun problema... hi ha un percentatge de culpa dels personals sanitaris, que continuen tirant d'ansiolítics, de tranquil·litzants... estan empastillades totes, però no són conscients d'això, en absolut.

(Informant 7-H)

Un informant ho assenjala com a impressió no corroborada:

No hem fet cap estudi a la nostra unitat. Sí que hem vist relacions de... situacions d'estrès... d'atur... tot això pot influir, ¿no? Veiem que pot influir, ¿no? Però no tenim una sèrie estudiada, ¿no? Perquè no hem estudiat aquest problema en concret. Són només impressions, però que no estan corroborades, ¿no?

(Informant 3-H)

Pel que fa als factors psicosocials i el gènere, assenyalen que el fet de cuidar (activitat considerada pròpia de les dones) es pot considerar un factor de risc important per la càrrega que suposa i les activitats que es deixen de fer (treball productiu, caminar, sortir...) per dur a terme les tasques de les cures. D'estrès i ansietat en pateixen molt les dones cuidadores.

Un informant conclou:

Hi ha diferències en l'epidemiologia, hi ha diferències en los factors de risc relacionats amb una determinada malaltia cardiovascular, hi ha diferències en... en la... en la resposta, en la terapèutica d'esta malaltia cardiovascular i hi ha diferències en la

supervivència, també per sexe. I ara, la resposta després de tot això... diu: "Hi ha diferències?" Sí, [és] clar, evidentment n'hi ha, i notables.

(Informant 5-H)

Observem diferència en els coneixements i actituds, en relació amb les MCV i el sexe/gènere, en els relats de les persones informants.

Volem analitzar si han observat el que conclouen molts estudis (*Informe Sociedad Española de Cardiología*, 2006, VALLS, 2006, VELASCO, 2010), que les dones amb factors de risc cardiovascular no es veuen com a potencials malaltes de patologia cardiovascular, fet que remarca la invisibilitat de les dones com a malaltes cardiovasculars i que aquest fet pot retardar l'accés a l'assistència.

Un informant atribueix la invisibilitat de les dones pel que fa a les MCV a l'educació rebuda:

Com que la incidència de les MCV en les dones és a partir de la menopausa, aleshores les que actualment tenen 50, 55 anys cap amunt són molt esclaves d'unes condicions predeterminades. De formació... a l'escola, les que [hi] han anat... *pues*, de fa 40 anys enrere. Per tant, sociològicament, corresponen *pues* a les èpoques glorioses del *movimiento*, la secció femenina i ha marcat les dones, tota una societat que marcava la dona, però, de moment, la dona no és conscient del perill igual que l'home, que és igual en els perills, de tipus cardiovasculars. D'aquí a 20 anys, serà diferent.

(Informant 7-H)

Altres informants ho relacionen amb el fet que les MCV es presenten, sobretot, en dones grans.

La dona es veu com a més protegida davant d'aquests problemes, hi ha com un *retràs* en la incidència de la malaltia.

(Informant 1-H)

Jo crec que les dones joves sí que s'ho creuen que són immunes, perquè sempre s'ha dit que la... que estar en edat fèrtil protegeix de les malalties cardiovasculars, ¿no? Que en part és veritat, però no totalment, *ni molt menys*, perquè hem tingut casos molt desgraciats de dones joves també.

(Informant 3-H)

Una informant assenyala que a les persones els costa veure la relació entre els factors de risc d'una malaltia i la pròpia malaltia.

Costa entendre que controlant els factors de risc intentes evitar la malaltia, però als dos sexes.

(Informant 10-D)



I un altre informant assenyala que la desconexió dels factors de risc i les MCV és igual en homes i dones:

Jo penso que igual. Lo desconexió és lo mateix.  
(Informant 9-D)

Una informant pensa que la tardança a acudir als centres d'atenció és deguda al fet que les dones tarden més a queixar-se:

Sí, sí. Les dones potser són un pelet més *queixones*, però tarden més a queixar-se. ,  
*hasta* que no estan més apuradetes i, per tant, tarden més a accedir.  
(Informant 4-D)

Hi ha informants que no observen el desconexió de les dones en relació amb els factors de risc de les MCV i com a potencials malalties d'aquesta patologia.

#### 5.3.3.2. SEGON APARTAT: ATENCIÓ A LES PERSONES AMB MALALTIES CARDIOVASCULARS. ACTUACIONS TRANSVERSALS

A les persones que presenten problemes cardiovasculars o factors de risc d'aquesta malaltia, se'ls presta atenció en el primer nivell del Sistema Sanitari (CAP o consultori local), on desenvolupen les seves activitats els Equips d'Atenció Primària. Aquestes persones són ateses pel nucli bàsic assistencial (metge/essa familiar i comunitari i infermer/a d'Atenció Primària de Salut). Si el procés es descompensa o es complica, es deriva a la Consulta de Cardiologia del CAP Baix Ebre (especialitats, segon nivell) o a la Consulta de Cardiologia de l'HTVC. Des de la Consulta de l'HTVC, segons siguin les característiques del seu procés, poden derivar la persona afectada a la *Unitat de Insuficiència Cardíaca* (UIC), com ens explicarà en l'entrevista el coordinador de l'UIC.

També existeix el Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS- TE, que és un grup de coordinació d'APS i l'HTVC.

Quan la persona presenta un problema cardiovascular de forma urgent, depenent de les característiques del problema, s'activa el Codi Infart i des del *Servei d'Emergències Medicalitzades* (SEM) traslladen les persones a l'HTVC, a l'Hospital Joan XXIII de Tarragona o a l'Hospital de Bellvitge de Barcelona (en funció de les característiques del procés, dia i hora).

Ens interessa saber si els nostres i les nostres informants són coneixedors/es, com a professionals del Sistema Sanitari, de l'atenció prestada a les persones amb malaltia cardiovascular per part del Sistema Sanitari, així com les accions dutes a terme fora del Sistema Sanitari (ajuntaments, associacions...) per poder prevenir aquest problema de salut, que és la primera causa de morbiditat als països desenvolupats (WIN, 2010).

Quant a la UIC, el coordinador ens explica a qui va dirigida la unitat i com funciona. La UIC va dirigida als pacients en què la *insuficiència cardíaca* (IC) és un problema seriós i fonamental, no inclou tots els malalts amb IC, sinó que atén la punta de l'iceberg de la IC. Molta gent amb IC no necessita un seguiment des de l'hospital, sinó que els controlen des de l'APS, però hi ha pacients més complexos que necessiten un altre tipus d'atenció.

Segons el protocol de la UIC, és una unitat multidisciplinària amb uns criteris d'inclusió i d'atenció. Les persones de menys de 70 anys sense comorbiditat són ateses pel cardiòleg i les persones de més de 70 anys amb comorbiditat (*hipertensió arterial* HTA, diabetis, problemes respiratoris...) són ateses per la metgessa internista; a més a més, porten un programa de rehabilitació i de xerrades. La infermera de la unitat es responsabilitza de l'avaluació global del pacient, atenció telefònica de consultes, educació i nexa d'unió de l'equip.

Així, doncs, per entrar a la UIC, el circuit a seguir és el següent: persones amb IC des d'APS són derivats a la consulta de cardiologia i, des d'allí, són derivats o no a la UIC.

El coordinador ens assenyala:

Jo sóc una mica el que organitza la consulta i deriva els pacients, ja que som pocs i tenim una capacitat limitada. Els malalts tenen una targeta de contacte, perquè, si tenen algun dubte o problema, intentem solucionar-ho.  
(Informant 1-H)

Li preguntem com es va crear la UIC i el seu funcionament:

No sé si la UIC es va fer *arrel* del *Pla Director de les MCV* (PDMCV), però sí que és veritat que des de la direcció de l'HTVC ens ho van proposar, igual des de l'ICS es va fomentar una mica la instauració de les UIC.  
(Informant 1-H)

La infermera de la UIC comenta:

Sí, formo part de la UIC, bé m'ho van dir perquè era la persona més antiga i, a mi, és un tema que m'agradava i que feia anys que participava en aquestes coses.  
(Informant 4-D)

Continua dient:

Vam anar a una reunió del PDMCV a Barcelona, *que* participaven molts centres, impulsaven molt *lo* de la insuficiència cardíaca en aquell moment. Lo gerent que hi havia en aquell moment de l'ICS ho va impulsar.

(Informant 4-D)

En relació amb el funcionament, ens assenyala que realitzen reunions periòdiques per parlar dels pacients en general, però que no tenen grups de treball per a temes específics. Les reunions es fan quan a tots els membres i les membres els va bé, sol ser després de passar visita.

Li preguntem a la infermera si a les reunions de seguiment ha sorgit alguna vegada alguna qüestió relacionada amb el sexe/gènere de la persona malalta i ens contesta que no.

Quant al sexe de les persones que acudeixen a la unitat, hi ha més homes amb el perfil d'atenció del cardiòleg (menys de 70 anys sense comorbiditat) i la internista ens diu que ella atén més dones (perfil de més de 70 anys amb comorbiditat).

Segons en assenyala la informant 2 que forma part com a metgessa de la UIC, un dels objectius de la unitat és:

Tenir més controlades les persones per evitar en la mesura de *lo* possible ingressos hospitalaris freqüents.

(Informant 2-D)

L'intensivista ens diu que treballen bastant en conjunt amb els cardiòlegs, ja que molts dels malalts d'intensius després passen a la Unitat de Cardiologia per al seu seguiment.

Preguntem pel coneixement de la UIC als/a les metges/esses i infermers/es d'APS i ens comenten:

Sí. *Lo* que passa és que ells tenen uns tipus de malalts, diguéssim, escollits. No és tot el malalt que té insuficiència cardíaca. És el malalt que té insuficiència cardíaca i, probablement, algun *tipo* de... etiologia diferent, ¿no? L'isquèmic, el valvular, el jove...

(Informant10-D)

Sí, la conec, a veure, jo la impressió que tinc és que des de l'hospital se munten programes en *los* que no es dona participació a l'atenció primària. Penso que, *hasta* ara, la política que s'ha fet en diferents programes és una política molt unilateral en tant que no comparteixen objectius, no comparteixen informació i no comparteixen activitats. I penso que este és lo problema fonamental que tenim...

(Informant 5-H)

I continua dient:

Un dia tinc un pacient amb insuficiència cardíaca i agafo el telèfon, parlo amb l'especialista i li diu: "Escolta, tenim una unitat d'insuficiència cardíaca". "Ah, *vale!*".

(Informant 5-H)

Els altres informants assenyalen desconeixement de la UIC:

Ah, doncs, no, *pos* ni idea.

(Informant 7-H)

N'he sentit a parlar, però no... no ho conec. A veure, *lo* que passa és que *lo* de la derivació ho fa el metge, nosaltres, no. Crec que la Unitat de Cardiologia funciona molt bé, perquè certes derivacions se poden fer per via d'Internet. Ells ho miren i depèn de la gravetat del pacient i, en poques hores, *lo* veuen.

(Informant 6-D)

Molt poc, molt poc. [És] clar, jo com que no he d'atendre pacients i...

(Informant 9-D).

Hi ha professionals que no coneixen l'existència de la UIC i, si la coneixen, és perquè els professionals han demanat informació.

L'intensivista ens explica el funcionament del Codi Infart.

L'atenció als malalts urgents amb síndrome coronària aguda amb elevació del segment ST es desenvolupa amb el Codi Infart. El protocol del Codi Infart es va fer l'any 2008, impulsat pel Servei Català de la Salut, el qual té la capacitat de reunir i coordinar APS, transport sanitari i els diferents centres hospitalaris de la RSTE. El Codi va dirigit al tractament ràpid del pacient i la pacient que té una síndrome coronària aguda amb elevació del segment ST. Aquest tipus de malalt ha d'estar monitoritzat molt aviat, pel risc de mort sobtada i mortalitat molt elevada. En la RSTE no es disposa de Servei d'Hemodinàmica Cardíaca i s'han de derivar els/les malalts/es a l'Hospital Joan XXIII (Tarragona) o a l'Hospital de Bellvitge (Barcelona), depenent d'horaris i festius. Aquest fet és una limitació. El tractament alternatiu a aquesta limitació és la utilització de fibrinolítics, encara que s'ha demostrat que l'hemodinàmica immediata és més eficaç i presenta menys mortalitat i menys morbiditat que els fibrinolítics. Quan els/les malalts/es presenten una síndrome coronària aguda amb elevació del segment ST i compleixen els criteris de reperfusió urgent, el SEM pot traslladar el malalt directament a Tarragona o a Bellvitge per a la realització de la reperfusió i, posteriorment, el reben a l'HTVC.

I comenta:

Segur que es pot millorar alguna cosa... de fet, no es fa... no es fa el millor, sinó el millor que es pot fer, però no és l'òptim, ¿no? En part, a causa de les limitacions del nostre territori i, actualment, encara està pitjor.

(Informant 3-H)

Quant relació a l'APS, comenta:

Té un paper important, perquè molts malalts van primer a l'ambulatori. Perquè tenen dolor toràcic i van allí... es va desenvolupar un programa de formació, el *Pla Integral d'Actuació sobre la Cardiopatia Isquèmica* (PAIFI), que s'ensenyava suport vital bàsic i atenció urgent a la cardiopatia isquèmica. Es va desenvolupar a nivell de tot Catalunya, ja fa uns anys, això es va quedar mort, perquè, [és] clar, va ser un pla *que* va participar molta gent... Significava una despesa en formació... Vam anar a primària a fer les classes. El Codi Infart no ha sigut un programa de formació, es va parlar amb Primària i, això sí, s'han fet cursos de suport vital bàsic amb *desfibril·ladors* (DEA).

(Informant 3-H)

Preguntem per la informació que tenen respecte al Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el territori ICS- TE, grup de coordinació d'APS i l'HTVC per al tractament i seguiment dels/de les malalts/es amb IC. Algunes de les persones informants en formen part.

Jo estic en un grup que s'ha format aquest curs per unificar criteris entre APS i Hospital en relació amb criteris de derivació, de diagnòstic... Ens reuníem mensualment, però ara no, perquè... més o menys, està tot fet...

(Informant 2-D)

Sí, el conec, però no [hi] participem perquè són malalts crònics...

(Informant 3-H)

L'informant 5 ens diu:

No el conec.

(Informant 5-H)

L'informant ens assenyala que, en el seu CAP, treballen amb els grups de "malalt expert" i amb els grups de qualitat. La infermera del mateix CAP ens comenta que ho treballen dins del grup de crònics que han format arran dels grups de qualitat.

Ho treballem amb el grup de treball del propi CAP del pacient expert. Es tracta de muntar grups en *lo* que els propis pacients diuen o ells parlen dels problemes que tenen amb la seva malaltia, i ara estem amb la insuficiència cardíaca.

(Informant 5-H)

La informant 6 ho assenyala:

Natros, des d'aquí del centre, estem fent grups de qualitat, formen part del grup metge, infermer... i cada grup portem unes certes malalties. El grup en *lo* qual jo estic, que som tres metgesses i *dos* infermeres... estem tractant lo de les malalties cardiovasculars.

(Informant 6-H)

I continua dient:

Estem treballant una mica ara amb què és *lo* que podem fer, quins *cuidados* podem donar, infermeria, metge per este *tipo* de pacients, perquè no se mos descompensin. Estem treballant lo control del pes.

(Informant 6-D)

Li preguntem si han tractat el tema del gènere i ens contesta:

No s'ha parlat de gènere.

(Informant 6-D)

Els informants 7 i 8 diuen que no tenen coneixement en relació amb el Programa HTVC- APS.

La Informant 10 forma part del grup i ens diu:

Crec que es va impulsar des del Departament, ¿eh?, per millorar la detecció i el control de la insuficiència cardíaca a Terres de l'Ebre. Vam estar fent reunions, jo penso que l'última la devíem fer que era gener o febrer.

(Informant 10-D)

Continua dient:

Llavors la idea era veure com se detectava, si se detectava i registrava d'una manera adequada les històries, si nosaltres havíem de tenir una prevalença del 6% d'insuficiència cardíaca per població... si realment la nostra població estava tota registrada o no... i després veure quins recursos hi havia al territori i quin tipus de malalt havia d'anar a cadascun d'aquests recursos, per utilitzar-los d'una manera més eficient, eficaç.

Informant 10-D)

Amb relació a l'organització del grup, diu:

El grup el vam dividir, *pues*, uns feien diagnòstic i tractament, uns altres feien proves complementàries, uns altres feien... a on s'havia de derivar i com s'havia de derivar... Infermeria va fer *unes fulles* per registrar. Ens vam dividir la feina, però, realment, després ha quedat una miqueta...

(Informant 10-D)

En la RSTE, en el Sistema Sanitari (a part de l'APS i atenció especialitzada), amb relació a l'atenció dels/de les malalts/es amb problemes cardiovasculars, existeixen diverses unitats i grups (UIC, Programa per a l'Atenció Coordinada del Pacient amb Insuficiència Cardíaca en el Territori ICS-TE) i observem que els professionals que no formen part dels grups en qüestió tenen poca o cap informació d'aquests. Hi ha Centres d'Atenció Primària que treballen el tema pel seu compte. Constatem que manca informació de tot el circuit d'atenció de les persones amb problemes cardiovasculars enfront dels professionals d'altres nivells d'atenció.

Pel que fa a la transversalitat en les actuacions que es poden dur a terme vers les MCV des de fora del Sistema Sanitari, algunes persones ens relaten les campanyes propagandístiques divulgatives des dels mitjans de comunicació:

En concret, no ho sé, però s'està incidint molt *a nivell de publicitat* i *a nivell de medicina* amb el risc cardiovascular, perquè són les malalties més prevalents actualment. A la gent segur que li arriba la informació d'aquest tipus, està molt parlat...

(Informant 2-D)

Tinc la sensació que no. A veure, es fan campanyes propagandístiques i de conscienciació. La Societat Espanyola de Cardiologia col·labora amb l'Administració, però, realment, actuacions de veritat, jo crec que no, s'organitzen esmorzars saludables, són més bé campanyes, però, programes organitzats, crec que no.

(Informant 1-H)

*Pues*, la veritat és que no en tinc ni idea. Home, jo sé que els... els metges de primària sí que estan conscienciats amb tot això, amb el control dels factors de risc, *bueno*, després està la lluita contra el tabac, per exemple.

(Informant 3-H)

No, no en tinc ni idea.

(Informant 4-D)

Un informant es mostra crític amb les campanyes divulgatives generalitzades sense tenir en compte les característiques personals i de gènere, assenyala la situació de moltes dones:

*Bueno*, hi ha les campanyes típiques i generalitzades... tant generalitzades que, a vegades, no influencien a un nivell concret, a una persona concreta, als pobles. Per exemple, recordo ara les campanyes de la Generalitat i de Salut sobre l'exercici físic de fa uns anys com a protector del risc cardiovascular. La dona de 50 anys, carregada de problemes, fills, néts, marits, etcètera, *pues*, si li dius i *logres* que vagi a caminar mitja horeta *por ahí*, en el millor dels casos et diu que ja ho fa per anar a comprar. És a dir, no és conscient. La influència de les campanyes no està generalitzada. *A nivell* local, més

que campanyes, influeix la visita i hauria de... d'això fan més cas. Les campanyes de malalts es perden molts, ho sabem tots.

(Informant 7-H)

Hi ha tres informants que coneixen i participen en el *Programa d'Activitat Física* (PAFES). És un recurs més per al control de les malalties amb problemes cardiovasculars:

Sí, *bueno*, hi ha *dos* tipus d'activitats comunitàries, en les quals participem directament. Una que és lo programa PAFES, a on tenim a la nostra disposició uns recursos de referència on podem enviar pacients que són avaluats, que són pacients d'alt risc cardiovascular, a on se'ls fa una avaluació clínica especialitzada, més enllà del que natros podem fer a la consulta. I, un cop avaluats, se fan grups de caminar o de... actuació... grups per modificar estils de vida. Això és *lo* que seria el PAFES.

(Informant 5-H)

Continua el seu raonament incidint en la importància de les intervencions comunitàries i la coordinació amb l'ajuntament:

Després de tant de temps, sabem pràcticament los factors cardiovasculars de cada u, a tots més o *menos* hem fet una avaluació del risc cardiovascular associat. [És] clar, hem d'anar més allà, i estem començant amb l'objectiu d'intervenció comunitària, que és coordinar-nos amb lo Patronat d'Esports Municipal i... entrar a formar part de les seves activitats. Començar a proposar ara que ve l'estiu i el bon temps i la gent surt a caminar, proposar itineraris, mirar que no hi hagi costes i es puguin cansar... o sigui, donar alternatives perquè la gent se pugui moure, que hi hagi 3 o 4 quilòmetres, que hi hagi un circuit, que sigui senzill i anar-nos... anar incentivant o aconsellar que ho facin.

(Informant 5-H)

Els altres informants que coneixen el PAFES ens ressenyen la mateixa informació en relació amb les activitats comunitàries per a la prevenció i control de les MCV. No fan cap referència a la utilització d'aquests serveis per part dels seus i les seves pacients.

Quant a les activitats que es porten en l'àmbit comunitari localment, observem que hi ha professionals que les coneixen i que hi participen i altres que no. Els nostres i les nostres informants anomenen les campanyes que es fan en l'esfera general i pensen que la gent està assabentada dels problemes que suposen els factors de risc cardiovascular, no fan cap referència al gènere. Un informant es mostra crític amb els tipus de campanyes que es fan en general, ja que no tenen en compte la situació en què es troben moltes dones.

Ens interessa saber si els nostres i les nostres informants tenen coneixement sobre el grup Kyria, òrgan assessor i validador de les polítiques de gènere elaborades pel Departament de Salut. Cap coneix l'existència del grup Kyria.



### 5.3.3.3. TERCER APARTAT: RECERCA

En aquest tercer bloc, volem saber si els nostres i les nostres informants han participat en algun tipus de recerca i si en les recerques efectuades han tingut en compte elements relacionats amb el gènere. També ens interessa saber si han llegit publicacions en relació amb les MCV i el sexe/gènere i l'opinió que els mereix.

Quant a la participació en alguna recerca, les persones informants que formen part de la UIC estan participant en un estudi multicèntric de “doble cec” d'àmbit europeu d'un laboratori, provant un fàrmac per al tractament de la insuficiència cardíaca.

Ens parlen de les persones que tenen incloses en l'estudi i les dificultats pel que fa al fet d'incloure dones en el grup d'estudi:

De moment, només tenim *dos* persones posades dins del treball, són homes, és difícil poder introduir-los, perquè s'han de complir molts paràmetres. I després està l'altra cosa, que els malalts te puguin dir que no, en este moment no tenim dones. En tenim alguna, però també s'han de valorar altres coses i ja ni els ho hem proposat.

(Informant 4-D)

L'informant 1 va desgranant les dificultats, en la seva opinió, d'incloure les dones en els estudis:

A l'hora de la veritat, les dones són menys receptives a entrar als assaigs clínics, perquè han de firmar un consentiment i les dones, d'una manera que crida l'atenció, diuen que no i els homes diuen que sí.

(Informant 1-H)

Busquem el malalt fàcil, el que no es complicarà... Això pot ser... un criteri de selecció i a *lo millor* les dones que compleixen els criteris d'inclusió són més grans i costa incloure-les, perquè han de venir, has de fer més visites i a *lo millor* no volen.

(Informant 1-H)

Les dones, quan tenen problemes cardiovasculars, són grans i això dificulta incloure-les. Hi ha menys dones joves que homes joves amb aquesta problemàtica i l'edat dels estudis és de gent jove.

(Informant 1-H)

Els homes condueixen més, quasi cap dona d'aquesta edat condueix i això és una dificultat per venir als controls.

(Informant 1-H)

Poques dones compleixen els criteris d'inclusió d'aquest estudi. Els homes estan més malalts abans que les dones, les dones són més grans i fer-les venir cada dues setmanes, cada mes... per fer-los analítiques potser és més problemàtic que a un home

de 60 anys que encara és actiu i pot conduir. Potser el problema de la no-participació de les dones en els assaigs va per aquí, però... no ho sé. Per la nostra experiència, els que compleixen els criteris d'inclusió són quasi tots barons.

(Informant 1-H)

Aquests elements que ens assenyala el nostre informant, que dificulten la presència de les dones en els assaigs clínics (el transport, la freqüència de les proves, l'edat...), si els analitzem, veiem que molts són per raó de gènere (VALLS,2006, GARCIA-CALVENTE, 2010). És recomanable la inclusió de dones i, a més a més, d'edat avançada per estudiar les variacions de la resposta terapèutica segons l'edat/sexe. Observem que la desigual participació d'homes i dones en els assaigs clínics continuen estant presents, encara que sigui d'una manera no conscient o proteccionista, vers els inconvenients que suposa la participació en aquests estudis.

L'intensivista ens diu:

He participat en alguns estudis que afecten la nostra tasca d'atenció urgent, amb fibrinolítics o amb heparina... coses d'aquest tipus. Tinc un treball amb relació a la cardiopatia isquèmica, la veritat és que tampoc no s'arriben a diferències *molt* concretes, hi ha diferències... però no me'n recordo, hauria de repassar-lo".

(Informant 3-H)

Un informant està realitzant la tesi doctoral sobre l'ictus<sup>19</sup> i, a més a més, ens parla de les seves anteriors recerques:

Portàvem a terme un programa de salut a l'escola, vam pactar amb l'associació de pares poder fer extraccions per mesurar el colesterol en sang, allí va començar... El primer que vam trobar era la relació que hi ha entre colesterol de pares i colesterol de *crios*.

(Informant 5-H)

En un altre estudi, vam mesurar el risc cardiovascular, en aquell temps, ja calculàvem lo clins<sup>20</sup> renal relacionat amb els factors de risc cardiovasculars i on també sortien les dones en diferència... sortien que lo grau d'afectació del clins renal era més notable en les dones que en los homes.

(Informant 5-H)

I l'última recerca efectuada pel nostre informant és la tesi en relació amb l'ictus a les Terres de l'Ebre:

A l'ictus tenim les dades molt, molt, molt desagregades tant per edat com per sexe i surten diferències que són inqüestionables.

<sup>19</sup> popularment és coneguda de diverses formes (embòlia, trombosi, hemorràgia, feridura o apoplexia). L'ictus ocorre quan un vas que porta sang al cervell es trenca o s'obstrueix per un coàgul, amb la qual cosa una part del cervell deixa de rebre la sang que necessita.

<sup>20</sup> Aclariment renal que ens mesura el filtrat glomerular.

(Informant 5-H)

Continua explicant les troballes de la recerca:

En relació amb l'epidemiologia, a les dones hi ha un *retràs* en l'edat, els factors de risc a les dones... L'OMS diu que les dones amb ictus tenen més depressió. Natros podem dir que les dones de les nostres terres, que han tingut un ictus, tenien... una prevalença més alta amb relació als homes, significativament més alta, d'hipertensió, una prevalença més alta de dislipèmia i d'obesitat. Les dones tenen més prevalença de factors de risc que s'associen a l'ictus.

(Informant 5-H)

Li preguntem si han cercat elements relacionats amb el gènere i ens contesta:

S'han identificat factors propis de la dona, per exemple... a vegades, se sol parlar de l'ovari poliquístic, de la migranya, de l'anticoncepció, del propi cicle hormonal... No, no ho hem buscat, elements relacionats amb el gènere. L'objectiu del treball era veure com funcionava el codi ictus i quins resultats tenia i, [és] clar, mirem los factors cardiovasculars de la dona abans de tindre l'ictus i els factors cardiovasculars després de tindre l'ictus... a veure si havíem fet una bona detecció abans i un bon control després, en estos punts, únicament fem la descripció.

(Informant 5-H)

Conclou dient:

Per l'experiència que tinc, sobretot en l'últim estudi de recerca de l'ictus, estic convençut que hi ha diferències biològiques i que... que en tenim... Per tant, hi ha diferències biològiques claríssimes, és que veus los números i hi ha unes diferències brutals.

(Informant 5-H)

Aquest informant, després de realitzar l'estudi sobre l'ictus, corrobora que ha trobat diferències en relació amb els factors de risc en els homes i dones que pateixen la malaltia, atribuint-ho a factors biològics.

La informant 10 també ha participat en recerques, però no ens comenta ni ressalta els resultats:

Una beca de la Fundació Ferran era 97 o 98, sí, que era un estudi sobre la prevenció secundària de l'infart de miocardi i després en un grup de treball, amb una beca FIS, com a associada, ¿eh? No com a investigadora.

(Informant 10-D)

La informant 9 comenta que va participar fa temps en una recerca sobre el compliment farmacològic en la hipertensió arterial, però no recorda si van desagregar les dades per sexe ni els resultats.

Els altres tres informants no han participat en cap recerca d'aquest tipus.

Pel que fa a la desagregació de les dades per sexe, no hi ha unanimitat en l'opinió de les persones informants quant a la necessitat d'aquesta mesura i més bé, alguns/es parlen de conveniència. Volem ressaltar el discurs de l'informant que ha efectuat la tesi sobre l'ictus, ja que ha trobat diferències amb relació als factors de risc de la malaltia i el sexe. Aquestes diferències s'han fet evidents al desagregar les dades per sexe.

De fet, això es fa a molts estudis, igual que es mira l'edat, factors de risc... *pues* es mirava sexe. La veritat és que és un punt més que es pot mirar i que es mira i que moltes vegades no hi ha diferències, en general, quant als estudis de cardiopatia i en utilització de fàrmacs. Són estudis molt extensos, es fan amb molts malalts, la majoria perquè és difícil veure diferències i es necessita un grup molt alt de pacients, *pues* la veritat és que amb la utilització de fàrmacs, per exemple, o de procediments, no s'ha vist diferència.  
(Informant 3-H)

Home, necessària... potser recomanable. A veure, és que... si està afectant persones diferents, *pues*, mira, el fet de ser home és un factor de risc sobre el fet de ser dona. A partir de la menopausa, això s'igualava, ¿no? Llavors potser sí.. Però sempre hi ha una primera pregunta d'home/dona, ¿no? Sempre ho fem.  
(Informant 10-D)

La informant 4 ens diu que no veu la necessitat de la desagregació de les dades per sexe, sense donar més explicacions.

Les altres persones comenten la conveniència de la desagregació, però es queden en la descripció del fet.

Les dades demogràfiques per veure les característiques d'una població sempre tenen en compte el sexe i l'edat... són dades importants.  
(Informant 2-D)

Amb relació a la pregunta si han llegit articles sobre la relació sexe/gènere i les MCV i quina opinió tenen, ens diuen:

Els estudis que hi ha no són de "doble cec", no són assaigs clínics, ni estudis controlats, sinó que són estudis que s'han fet per una altra cosa, però que després, al desagregar per sexes, s'ha vist que hi ha diferències.  
(Informant 1-H)

Hi ha informants que es mostren crítics en la forma que s'han fet els assaigs clínics per provar medicaments respecte a l'edat i al sexe, ja que s'han realitzat majoritàriament en homes de mitjana edat i s'han extrapolat els resultats per a tota la població i d'edats més avançades.

És veritat que les dones és una part de la població oblidada als assaigs clínics. Si vas a qualsevol assaig, la proporció de dones és més petita en relació amb els homes, igual si busques per edats, sempre són pacients de 60 anys de mitjana. Aquí trobem un biaix en la selecció important.

(Informant 1-H)

En el fons, el tema dels assaigs clínics, tots sabem que es fan en poblacions majoritàriament masculines, vull dir que, a vegades, no són representatives, *ni molt menys*, per edat, inclús o... ja no per sexe d'on anirà, de l'objectiu terapèutic d'aquell medicament. Crec que comença des de fa uns anys a canviar.

(Informant 7-H)

Hi ha estudis de medicaments, cada vegada menys, que inclouen gent fins als 65 anys, però nosaltres ens trobem que molts dels nostres pacients tenen 70 o 75. Llavors això no era una mostra del tipus de pacient real que tu et trobaves, ¿no? [És] clar, amb el grup de 65 anys hi havia *menos* dones, perquè les dones tenien aquest problema en general, més tard, ¿no?

(Informant 3-H)

Pel que fa al sexe/gènere i les MCV comenten:

En les publicacions hi ha evidència en les diferències amb relació al sexe, que els problemes cardiovasculars a les dones apareixen més tard que als homes. Potser per la protecció hormonal fins a la menopausa. El problema de les dones, sobretot, comença en la menopausa.

(Informant 1-H)

L'informant 5 ens assenyala:

La major part dels estudis que s'han fet en medicina primària i secundària s'han fet en homes i no en dones.

(Informant 5-H)

Continua dient:

Lo fet de ser home o el fet de ser dona, realment, hem d'arribar a una conclusió respecte als factors de risc cardiovasculars i és *averiguar* si és un factor biològic o és un factor de confusió. Perquè tu dius: les dones són més hipertenses, les dones són més dislipèmiques, les dones tenen més obesitat, les dones se mouen *menos*, ¿eh? Però, en malalties cardiovasculars, viuen més. Aquí hi ha... les dones tenen algun factor protector, ¿eh?

(Informant 5-H)

Li comentem pels factors de tipus social en relació amb el gènere i continua dient:

La bibliografia que hi ha publicada també diu tot això, ¿no? En igualtat de condicions, fent les coses complementàries en igualtat de condicions, *menos* possibilitat que ingressen. En igualtat de condicions, *menos* possibilitats que siguin tractades, sí, sí. I és un continu.

(Informant 5-H)

I dona la seva opinió d'alguns estudis:

Però, no obstant això, jo penso que això està molt influenciat, perquè de les societats allí on vénen los estudis, ¿no?, són societats que funcionen, quant a edat o quant a l'individu de manera diferent a la nostra. La nostra encara... jo penso... encara se segueix mantenint lo nucli familiar d'alguna manera, ¿no? I esta gent que estem parlant aquí són gent atesa per un sistema sanitari, que no és tan accessible ni tan equitatiu com el nostre i que, a més a més, se troben individus sols. I això aquí no passa tant. Jo penso que això s'hauria d'estudiar també.

(Informant 5-H)

La informant 2 ens comenta les diferències per sexe amb relació a la IC publicades en articles:

A molts articles es recull la diferència per sexe amb relació a la insuficiència cardíaca.

(Informant 2-D)

Al preguntar-li la relació que poden tenir aquestes diferències amb el gènere, ens comenta la dificultat per donar explicació a aquestes diferències i que no havia pensat que poden tenir relació amb el gènere:

Caldrà anar a veure l'anàlisi de les dades, no sé si serà fàcil arribar a comprendre el perquè d'aquesta diferència. Si no arribes a fer un estudi específic, suposo que deu ser difícil, però no ho havia pensat amb relació al gènere.

(Informant 2-D)

Un dels elements més importants de formació i actualització actualment és la lectura de publicacions de recerques realitzades. Constatem diferències entre els professionals i les professionals entrevistats pel que fa a la lectura d'articles sobre les MCV, possiblement, relacionat amb el lloc de treball i els interessos particulars. Aquesta lectura implica un grau de coneixements diferents en el tema estudiat.

Un informant comenta:

Desgraciadament, aquest tipus d'articles són innovadors, desgraciadament, perquè no ho haurien de ser. I el primer impacte que em fa és que es pugui publicar en una revista relativament seriosa un article que et digui, per exemple, que és que la incidència dels factors de risc de les dones, *pues*, que és diferent que la dels homes. I això, que hauria de ser *algo* obvi.

(Informant 7-H)

La informant 4 comenta que:

Vas als congressos i vas al llocs i tots repeteixen *lo* mateix i tampoc no diuen cap cosa nova.

(Informant 4-D)

La informant 10 ens diu en relació amb les publicacions:

He llegit algun article, no dirigit a la qüestió sexe, sinó que cada vegada s'inclouen més grups específics, entre ells, dones, diabetis, ancians...

(Informant 10-D)

Conclou:

Després, en el dia a dia, *sa/vo* en coses puntuals, ho tractes tot bastant igual.

(Informant 10-D)

Els altres informants, si han llegit articles, no els ha cridat l'atenció cap troballa i l'informant 8 comenta:

Quan t'arriba alguna revista d'infermeria, *pues*, vas llegint, però no... però no... res que m'hagi cridat molt l'atenció per a recordar-me'n.

(Informant 8-H)

Analitzant els discursos dels nostres i les nostres informants, observem que hi continua havent diversitat d'opinions respecte a la recerca de les MVC i el sexe/gènere.

Alguns coincideixen en l'opinió del biaix de molts assaigs clínics quant al sexe i l'edat en relació amb les teràpies medicamentoses. Un informant ens parla de la dificultat

d'incloure les dones en un assaig clínic en el qual participen. Aquestes dificultats estan en realitat relacionades amb el gènere, però les podem tenir tan assumides que les continuem reproduint sense ser-ne conscients.

Les diferències epidemiològiques pel que fa a les MCV, els nostres i les nostres informants les atribueixen a la biologia diferent dels homes i dones, al factor de protecció hormonal en les dones (un informant relata que el problema és la menopausa) i un altre informant l'atribueix a la diferència biològica o algun factor de confusió; cap informant ho relaciona també amb el gènere.

Quant a les publicacions de resultats dels estudis efectuats en altres països pel que fa a les MCV i el sexe/gènere, que són la majoria dels publicats, un informant es mostra crític a extrapolar els resultats dels estudis al nostre context, sigui per la diferència del Sistema Sanitari o pel context familiar.

#### 5.3.3.4. QUART APARTAT: CONEIXEMENT DEL PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES CARDIOVASCULARS (PDMCV)

En aquest apartat, volem explorar si els nostres i les nostres informants coneixen el PDMCV, i com els ha arribat la informació.

Per plantejar aquest tema en l'entrevista, llegim l'article del DOGC de creació del PDMCV, on fa referència explícitament a tenir en compte el gènere per desenvolupar les funcions del Pla. Preguntem si per part de la institució s'ha donat alguna indicació per poder portar a la pràctica aquesta voluntat política expressada en el DOGC. Volem copsar quin significat té per a ells i elles aquesta referència i com es pot dur a la pràctica.

La primera pregunta que els hem de fer és si coneixen el PDMCV i si se'ls ha subministrat informació d'aquest.

La gran majoria de les persones entrevistades no coneixen el Pla. Els professionals que el coneixen és perquè han tingut la necessitat de llegir-lo, sigui per la implicació en el seu lloc de treball o per motius de recerca. Destaquen la poca difusió que s'ha fet del Pla.

Sí, el conec, però no s'ha donat molta informació, jo me'n vaig assabentar arran de formar part del grup de treball, crec que s'ha fet poca difusió. En general, crec que no es coneix.

(Informant 1-H)



L'Informant 5 diu que sí que el coneix; referent a la informació, diu:

No, no s'ha donat informació. S'han fet un munt de publicacions, es va publicar un llibre on estava el Pla, però jo, realment, penso que... que no s'ha fet una presentació directa als professionals. A més, penso que entre els professionals hi ha una confusió de Plans, guies... la guia de cardiologia, la guia de medicina familiar i comunitària, la guia del Pla Director de Malalties Cardiovasculars, lo subapartat de les cerebrovasculars... massa guies i moltes vegades sol passar que, amb tantes guies, cadascú acaba dient la seva, ¿m'entens?

(Informant 5-H)

I continua dient que pensa que els professionals no coneixen el Pla i, en relació amb qui coordina el Pla en la regió, comenta:

Ni *siquiera* puc saber si hi ha alguna persona que sigui responsable del Pla a la Regió Sanitària.

(Informant 5-H)

L'informant 3 assenyala que no el coneix gaire, no recorda detalls, pensa que sí que s'ha donat informació, però que, en general, els professionals que depenen de les àrees implicades el coneixen més o menys.

La informant 9 diu que pel seu càrrec li van presentar el PDMCV i continua dient:

Se suposa que l'hauria de conèixer, perquè me'l van presentar en lo seu dia. Quan vaig entrar al Departament, sí, això fa igual tres anys... Estic pensant... de les guies, sí que hem fet difusió, però de *lo* del Pla Director...

(Informant 9-D)

Els altres informants manifesten que no el coneixen, assenyalen la dificultat de conèixer tots els Plans, que des del Departament no se n'ha fet difusió i remarquen la poca informació rebuda en relació amb el Pla i la seva implementació.

La informant 2 diu que no el coneix i assenyala la dificultat de conèixer tots els plans:

No, a vegades ho llegeixes, però tampoc et fixes *massa*. Suposo que no s'ha donat informació. Les coses estan penjades i, si tens curiositat... i, quan ho necessites, a llavors recorres, però no sé si pots conèixer tots els plans.

(Informant 2 -D)

La informant 10 comenta:

*Pues*, segurament, va arribar, en algun moment... Però jo no en recordo cap... cap sessió ni cap cosa... específic del Pla Director de Malalties Cardiovasculars. Sé que existeix, però no...

(Informant 10-D)

En referència a si sap com s'implementa el Pla, diu:

Jo em considero una persona ficada, interessada, i no sé com s'implementa. No m'he preocupat tampoc a investigar el Pla en si. Això és com tot, hi ha un pla allà penjat i, com que està penjat, *pues*, ja és suficient, ¿no? *Pues*, potser no.  
(Informant 10-D)

Constatem l'escletxa que hi ha entre els documents generats pel Departament, en aquest cas el PDMCV, i el que arriba realment als professionals que l'han d'implementar. No recorden que hagin presentat el PDMCV i comenten que hi ha una gran quantitat de material generat pel Departament de Salut penjat a la web, però que, en realitat, no els arriba.

Com la majoria, no coneixen el Pla, els llegim l'article 2.2 del Decret de creació del Pla, que diu:

En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats.

Els preguntem què és i com entenen la perspectiva de gènere en la seva praxi professional i si han rebut alguna indicació per part de la institució per poder dur a terme aquesta voluntat política expressada en el decret.

També ens interessa explorar si pensen que el coneixement que hi ha actualment en relació amb les MCV i el sexe/gènere és present en l'assistència i de què depèn la incorporació de la perspectiva de gènere en la pràctica professional.

L'informant 1, quan fa referència a l'atenció en relació amb les dones, assenyalava elements biològics:

És un tema molt d'actualitat el de la diferència entre els homes i les dones respecte a les MCV, no és clar si és alguna cosa realment genètica. En el seu moment es va fer l'estudi amb els estrògens, hi va haver molta expectació i després va sortir negatiu, ¿no? No sé si hi ha *algo* genètic que protegeix, sobretot les diferències es veuen en el *retràs* si compares una dona de 80 anys amb un home de 60 són molt equiparables; per això, jo dic que, generalment, és *lo* mateix, però més tard.  
(Informant 1-H)

La informant 2 fa referència a les característiques epidemiològiques i fa referència a l'experiència professional per copsar diferències i expressa que, a vegades, són més les diferències entre individus que de gènere:

Bé, jo crec que el gènere el tenim present. Encara que no coneixes el Pla Director que té aquest article, a l'estudiar Medicina, ja estudies les característiques epidemiològiques i després és la teva experiència personal que vas veient diferències, encara que jo no veig excessives diferències. Ja et dic, algunes vegades hi ha més diferències entre pacients que de gènere.

(Informant 2-D)

Amb relació als elements socials, assenyala:

Les diferències de tipus social les vas aprenent per osmosi, perquè ho vas vivint, però hi ha dones que comparteixen característiques socials amb certs... homes, sobretot, immigrants, treball, estrès... L'estrès d'abans el patien bàsicament els homes i el tabac també. Però les dones pateixen estrès, encara que no estiguin al món laboral, el nivell socioeconòmic...

(Informant 2-D)

La informant 4 també fa referència a elements biològics propis de les dones i no veu diferències amb els altres factors de risc que comparteixen homes i dones:

Suposo que s'ha de... s'ha d'avaluar el punt del gènere que està... d'allà, per exemple, en lo tema hormonal i en coses de... bé, és clar, estes coses.. Però, després, si té colesterol... lo colesterol igual l'has de tractar quan ets jove que a meitat d'edat, que quan ets vell. El colesterol és igual per a tothom, no té res a veure el gènere. Les dones joves potser són més obesas que els homes.

(Informant 4-D)

L'informant 3 expressa que el decret no es porta a terme, ja que la base de tot és tenir dades fiables i desagregades i, per això, es necessita un bon registre i, actualment, no existeix:

Jo penso que això no es porta a terme. Perquè, per exemple, el Codi Infart havia d'anar acompanyat d'un registre per veure els pacients i per veure els resultats i, per exemple, aquest registre no s'ha fet aquí. Tenim un registre propi, nostre, amateur...

(Informant 3-H)

Lo que demanen, anualment, és el retard entre l'arribada del pacient, de fer l'anàlisi a Urgències i l'administració del primer fibrinolític... No sé jo si a primària tenen algun tipus de registre, però aquest, el registre dels nostres malalts que arriben a l'hospital amb cardiopatia isquèmica, no es fa.

(Informant 3-H)

I conclou:

L'última vegada ens el van demanar per sexes aquest retard, però, *bueno*, era només el retard aquest, entre l'arribada a Urgències i l'administració del fibrinolític.

(Informant 3)

L'Informant 5 comenta respecte al decret:

Lo tinc en una diapositiva, perquè... inclús, a la discussió de la meva tesi, ho comento específicament, perquè basant-nos en estes diferències entre persones, entre homes i dones, me crea sorpresa i paradoxa que en un DOGC t'hagin de dir... o que hagin de dir per un DOGC que has de fer una actuació diferenciada pel gènere.

(Informant 5-H)

I continua en la seva reflexió pel que fa a l'article:

Mira, tal vegada estigui equivocat... és que jo mai he tingut la sensació que tracto diferent un home o una dona. A partir de tal risc cardiovascular, ho tracto. Jo penso que este paràgraf seria interessant des del punt de vista, sobretot, de l'estratègia política o de l'estratègia de planificació de recursos, més que... més que... per al professional que està a la trinxera davant d'homes i dones.

(Informant 5-H)

Però després assenyala el biaix androcèntric que hi pot haver en l'assistència pel que fa al fet que, actualment, els factors de risc de les MCV que s'avaluen en la pràctica són els que s'han estudiat en els homes, sense tenir en compte les característiques de les dones que poden tenir relació amb les MCV, com poden ser l'ovari poliquístic, la presa d'anticonceptius hormonal...:

Si tu mires los factores de riesgo que hi ha descrits en qualsevol taula o guia, són factors de risc comuns. No hi ha estudis, ni hi ha avaluacions que diuen si és dona *a lo millor* resulta que, si té un poliquístic, *a lo millor* sí que li influirà o no li influirà com a factor de risc cardiovascular, o si... ha pres anticonceptius... hem passat per una època en què l'anticoncepció ha sigut un ús habitual, l'hormonal, i no hi ha una taula que digui això quin risc suma a una dona.

(Informant 5-H)

I acaba conclouent que el coneixement que hi ha actualment en relació amb les MCV en les dones cal incorporar-lo a la pràctica, que, en el fons, és el que assenyala el decret:

Que siguin igual... això vol dir que s'han de donar recursos per a, per a... aquelles diferències que sabem que estan, identificar-les i incorporar-les després en *lo* que fem.

(Informant 5-H)

La informant 6, respecte al decret, comenta:

Ho veig com a interessant, suposo que no només és informar. Suposo que s'hauria de treballar una mica en grup.

(Informant 6-D)

Reflexiona en el fet que en l'atenció no es valora igual el treball de l'home que el de la dona i comenta:

Esta malaltia sempre s'ha parlat més que és una malaltia d'homes i, possiblement, *a lo millor* sí que tenim una mica de tendència a veure la dona amb molta més càrrega de treball en el sentit que lo treball de la casa no s'ha valorat i, [és] clar... au va, esta pesada... vull dir que de sempre no se li ha fet tant de cas com a un home a l'hora de...

(Informant 6-D)

L'informant 7 ens fa una reflexió de com el rol de gènere influeix en el procés de salut-malaltia i en les mesures terapèutiques. També assenyala la dificultat per als canvis de mentalitat i conclou que les institucions i els professionals haurien d'incidir en aquest canvi.

La percepció de la malaltia ja és diferent segons homes i dones. I de la mateixa malaltia. Si la dona la percep diferent, la seva actitud també serà diferent i, per tant, les seves actuacions també seran diferents. I actuacions des de l'hora de demanar ajuda fins a l'hora del seguiment terapèutic, passant per totes les... canvis d'estils de vida.

(Informant 7-H)

El nostre informant posa l'exemple de l'osteoporosi, que té una incidència molt més elevada en dones que en homes, i diu que, quan recomana caminar a les dones de 60 anys, es troba dificultats de tipus social, que consideren que el caminar una estona no és propi d'una dona que té moltes tasques a realitzar:

No solament per qüestions pràctiques que no tenen temps, sinó per qüestions tan *tontes* des d'un altre punt de vista nostre com pel que diran, ui, amb la feina que tinc a casa.

(Informant 7-H)

I acaba assenyalant el que pensa en relació amb les dificultats per canviar mentalitats amb relació als rols de gènere, que és qüestió de temps:

Això implica un canvi de mentalitat i aquest canvi de mentalitat no ho *lograràs*, perquè la dona és massa esclava de les seves condicions. Per tant, aquí, la resta de la societat, és a dir, les institucions i els professionals haurien d'incidir. Amb quin efecte? Ho ignoro, però jo crec que, a la llarga en dues o tres generacions, ho podríem *lograr*, ho podríem *lograr*.

(Informant 7-H)

Passa a parlar de les MCV i ens assenyala el biaix d'atenció que es produeix respecte a les dones, recordant estudis publicats on s'evidencia aquesta invisibilitat de les dones respecte al diagnòstic per part dels professionals:

Quan la dona acudeix, *a nivell* assistencial, amb una urgència que té una taquicàrdia, el professional ja d'entrada sospita, simplement pel fet de ser dona, que és un problema d'ansietat. T'*assombra* quan després... Jo recordo un estudi, que demostrava que, davant d'un dolor precordial, anant a urgències hospitalàries, el número de cardiogrames fets en home i en dones era diferent, simplement per *lo* del sexe, que aquí ja no depèn, evidentment, de la percepció de la dona, sinó ja del professional.

(Informant 7-H)

L'informant 8, al llegir-li el paràgraf, diu:

No ho sé. És que no ho he entès *molt* bé. Potser implícitament ja intentes posar-te una mica en *lo* seu lloc i penses, *pues...* li donaré uns consells o li explicaré d'una manera o una altra si és una dona... o sigui... ja ho fas indirectament.. tractes de donar una atenció integral...

(Informant 8-H)

La informant 9 assenyala que els factors de risc, possiblement, no seran el mateixos:

Home, primer de tot, los factors de risc que segurament no seran *los* mateixos. Penso que ho haurem d'enfocar de manera diferent. A l'hora del tractament? Jo crec que hauria de ser... A veure, si s'arriba al diagnòstic concret, ha de ser el mateix. Però hi ha variants, *claro*.

(Informant 9-D)

La informant 10 es mostra crítica amb les polítiques de gènere:

Jo és que... sóc una mica... en això sóc una mica políticament incorrecta. No considero que... ni que s'hagi de fer una llei de protecció de violència de gènere, sinó de violència domèstica, perquè jo penso que... he tingut un cas d'un home amb maltractament per part de la dona i no tenim cap recurs per a ell, cap. Ara, també me van venir a presentar per part de les assistents socials, que s'havia format un grup *a nivell* del Consell Comarcal d'informació econòmica... laboral i jurídica per a les dones. I dius, *bueno*, i els homes, pobres... Algun n'hi haurà que necessita *algo*, ¿no?... Penso que anar tan específicament a les dones, a les dones, pues és... treure... els altres.

(Informant 10-D)

Continua dient:

Està bé que es diferenciï, però no només per qüestió de les necessitats, sinó per veure les diferències que hi ha entre uns i altres i actuar en conseqüència.

(Informant 10-D)

Conclou afirmant les influències dels elements socials:

Ha influït tota la vida i continuarà influint. És *lo* que et comentava, les dones es fan càrrec de la seva malaltia i de la malaltia dels altres i això, a la llarga, genera més malalties, ja no només físiques, de dolors, càrregues i tal, sinó psicològiques i...

(Informant 10-D)

Els informants i les informants que desenvolupen el seu treball a l'hospital, al fer referència a factors de risc diferents en els homes i dones, assenyalen factors biològics i els factors de risc clàssics (HTA, colesterol...). No veuen la diferència d'aquets factors pel que fa al sexe.

L'intensivista assenyala la importància de tenir un bon registre base de qualsevol estudi, cosa que, actualment, no tenen.

Les persones informants que desenvolupen la seva activitat en APS ens parlen d'altres elements de tipus social que influeixen en la salut i els seus problemes. Aquests elements, en un principi, no els relacionen amb el gènere, però, a mesura que es desenvolupa l'entrevista, es va fent explícita la seva relació amb el gènere. Hi ha un informant que ens assenyala l'article del Decret de creació del PDMCV al qual fem referència, i pensa que aquest està més lligat a estratègies polítiques, encara que conclou que cal identificar les diferències per incorporar-les a la pràctica professional. Assenyala que, en les taules de risc cardiovascular, tan sols figuren els riscos comuns i no el que podríem dir que són propis de dones (anticoncepció hormonal...). També anomenen el biaix que es pot produir en l'atenció per raó de sexe/gènere.

Una informant es mostra crítica amb les polítiques de gènere, encara que després va anomenant elements propis de gènere que influeixen en els problemes de salut.

Observem que els professionals d'APS (personal mèdic i d'infermeria) no fan referència explícita al gènere, però, en canvi, ens donen elements relacionats amb l'atenció integral de les persones, que, en realitat, és del que es tracta (contemplar la persona des del vessant biopsicosocial), hi ha informants que manifesten que ho van aprenent pel contacte amb la realitat de cada dia.

Amb **relació a com s'integra** en la praxi professional la perspectiva de gènere i les dificultats que pot tenir aquesta integració, ens assenyalen:

Es tracta les dones igual que els homes, potser no ho estem fent bé. En general, és un malalt, no veus si és home o dona. A les guies clíniques no hi ha separació per sexe, es tracta de malalts, independentment si són homes o dones. A les guies comença a haver-hi coses, però, en el text escrit, com comentaris, reflexions, però, realment, no et diuen si és una dona no ho facis, si és un home, sí... El metge és igual en homes que en dones.

(Informant 1-H)

Conclou dient:

La integració depèn de la sensibilitat de cada professional perquè en les guies no hi ha diferència.

(Informant 1-H)

La informant 2 assenyala que la sensibilitat i les vivències de cada un/a en la seva pràctica diària influeixen en la praxi professional més que els plans:

Doncs... no tinc ni idea de com s'integra el que t'he dit, coneixes diferències... la sensibilitat de cada professional influeix en tot, que sigui coneixedor o més sensible a determinats factors que uns altres li donen menys importància. Hi ha persones que a /o que s'intueix, si no s'ha demostrat, li donen menys importància. [...] En la praxi professional, influeix la formació i el que has viscut ho vas fent teu i ho vas reflectint en la teva pràctica, els plans et diuen... però, per començar, no te'ls llegeixes tots, és impossible. Quan hi estàs implicat i tens algun dubte, doncs, els mires. Jo no conec que sigui una pràctica habitual anar a mirar què hi ha en un pla.

(Informant 2)

En relació amb les dificultats, la informant 2 assenyala el caràcter androcèntric de la ciència i el biaix que aquest fet produeix:

Jo crec que el problema ve de lluny, l'accés al saber ha estat més d'homes, els estudis s'han fet per a homes i s'ha estudiat a través d'ells i formaven part dels estudis prioritàriament homes i, per tant, estan esbiaixats, fa falta més coneixement i saber objectivar les diferències de gènere.

(Informant 2-D)

Pel que fa al fet de com incorporar la perspectiva, la Informant 4 ens diu que no veu diferències entre homes i dones:

Avui en dia tots estos factors són molt, molt pareguts per tothom, ¿eh? Perquè anys *atràs* les dones no fumaven, però avui en dia les dones fumen tant com los homes, o sigui, que este és un factor de risc que també s'ha d'incorporar dins del sistema.

(Informant 4-D)



L'informant 5, referent a la praxi professional, assenyala que les úniques atencions diferenciades són les relacionades amb les diferències anatòmiques i fisiològiques; els altres problemes de salut són asexuals:

No està integrada la perspectiva de gènere. Lo més freqüent és que, si parles d'una dismenorrea, parles d'una patologia de dones i, si parles d'una hiperplàsia de pròstata, parles d'una patologia d'homes; tot *lo demás* és el mateix, les malalties són asexuals o sense gènere, no tenen en compte les especificitats d'un i de l'altre.

(Informant 5-H)

Assenyala que, per aconseguir coneixements en relació amb el gènere, cal realitzar estudis en grans poblacions:

Jo penso que, *a nivell de* l'experiència de la consulta que tenim dia a dia, això tu no ho pots detectar, són los estudis grans de població los que d'alguna manera t'identifiquen diferències de resultats en salut, o t'identifiquen diferències de processos en salut relacionats amb el sexe i el gènere, que tu, *a nivell de* la consulta, jo penso que és difícil detectar-ho.

(Informant 5-H)

Assenyala que integrar el gènere en la pràctica professional depèn de cada professional:

Jo crec que depèn de cadascú. Que depèn de la sensibilitat de cada professional. Per exemple, tu et pots plantejar per què hi ha una pauta de tractament diferent o per què la teva visió de tractar ha de ser diferent segons sigui home o dona davant d'un mateix nivell? No?

(Informant 5-H)

I, per concloure, remarca la importància dels estudis per obtenir coneixements de la realitat existent:

Fa falta estudis, per exemple, la meva tesi, pel fet que han sortit diferències entre homes i dones, jo penso que serà un gra d'arena més per ajudar els professionals perquè puguin trobar diferències.

(Informant 5-H)

La informant 6 ens diu que la integració depèn de cada professional i assenyala la importància de saber escoltar:

Jo crec que influeix molt *lo* professional, lo mode de ser del professional influeix moltíssim. La prova és que *lo* que sí que estic observant és que hi ha *cupos* en los quals tenim molta gent... en la banda psicològica. Hi ha professionals que no els va lo saber escoltar o... Jo crec que sí, que depèn molt de lo mode de ser de cadascú.

(Informant 6-D)

L'Informant 7, quant a les dificultats per integrar la perspectiva de gènere en la pràctica professional, a més de la formació, assenyala el context social dels professionals com a individus que estan immersos en una societat en uns valors determinats i una formació determinada:

Hi ha una deformació professional que ja ve de l'època de la facultat o d'abans.  
(Informant 7-H)

Assenyala que el professional com a persona està en un context social i que difícilment pot incloure en la seva praxi professional aquesta perspectiva si no la té interioritzada en la seva vida:

La persona... [és] clar, s'ha d'emmarcar amb la resta de la vida social, tu no pots jugar que les dones tenen una problemàtica diferent, que la tenen, quan a fora de la consulta, la resta de la vida, continues sense tenir esta perspectiva.  
(Informant 7-H)

I conclou assenyalant la importància de la formació:

Vull dir... evidentment, va lligat a una forma de pensar, que, al cap i a la fi, depèn d'una formació prèvia i d'unes perspectives, inquietuds i valors previs. Jo crec que en... determinat personal sanitari, determinat metge, independentment del càrrec que tingui, intentar convèncer d'això hauries de gratar molt més i gairebé fer-li un psicodrama. Per tant, és evident que, si vols canviar la percepció del mateix personal com a factor amb molta influència que té sobre aquest tema, és evident que no ho *lograràs* a partir d'una edat determinada, ho has de fer ja en la formació.  
(Informant 7-H)

L'informant 8 assenyala també la manca de formació i l'edat com una dificultat:

Suposo que *a lo millor* en professionals, en metges i infermers que porten molts anys de pràctica i això... *pues*, potser pensen: "Ara a mi que me contenen estos, si porto un munt d'anys fent... fent la faena com l'he fet i tal". Però, *bueno*, suposo que en joves, si m'ho expliquessin a mi, *pues* jo intentaria buscar la manera de fer-ho *lo millor possible*. I suposo que igual que jo, la majoria de gent jove entre cometes, suposo que sí que s'hi implicarien i diríem "fem-ho així perquè els estudis diuen... fer-ho millor".  
(Informant 8-H)

La informant 9 assenyala que no es du a terme una atenció en perspectiva:

Jo realment... penso que, a verem, se fica un diagnòstic allí... se va directament al protocol i el protocol no és diferent.  
(Informant 9-D)

I assenyala que depèn de cada professional la integració d'aquesta perspectiva.

La informant 10 veu així la perspectiva de gènere en la pràctica professional:

La nostra funció potser és fer *lo mateix* per tots i després tocar algun punt específic, segons les característiques de cada un i no només si és home o dona, sinó per tenir altres factors. Per ser filla única, per exemple, la que no té cap ajuda...

(Informant 10-D)

Per a ella, la integració de la perspectiva de gènere en la pràctica professional depèn de les afinitats i sensibilitat de cada professional:

La iniciativa, que a tu aquest tema t'agradi i mires més articles de coses que a tu t'agraden o que en aquell moment estàs tocant. A mi m'agrada molt la qüestió cardiovascular, però, en aquest moment, no hi estic tan ficada, estic en altres temes. Però això és com en tot. Informació n'hi ha... *toda la que quiera y más*.

(Informant 10-D)

Analitzant els discursos dels nostres i les nostres informants sobre com s'integra la perspectiva de gènere en la pràctica professional, constatem que hi ha professionals que no veuen diferències en el procés d'emmalaltir entre els homes i les dones i que, per tant, no veuen la necessitat d'integrar la perspectiva de gènere.

Les persones que veuen diferències, en relació amb les MCV, algunes diuen que aquestes no les plasmen després en l'atenció; per aquest motiu, els protocols són iguals per als dos sexes, no hi ha indicacions específiques a les guies i la manca de coneixements sobre el tema. Coincideixen molts que aquesta integració depèn de cada professional, i que està relacionada amb les afinitats i sensibilitats de cadascú i aquestes en l'adquisició d'uns coneixements determinats. Un informant ens assenyala que les malalties que no estan relacionades amb l'anatomia i fisiologia de cada sexe (pròstata...) generalment es veuen asexuals i que no es té en compte les especificitats que existeixen en cada sexe.

Una informant ens assenyala la importància de saber escoltar els pacients i les pacients i que no tots els professionals estan disposat a això.

Pel que fa a les dificultats, ens assenyalen la manca de formació, l'androcentrisme de la medicina com qualsevol altra ciència, l'edat d'alguns professionals i la dificultat d'integrar el gènere en un context social on la sensibilitat de gènere no hi és present.

Hem observat que no hi ha relació entre el sexe dels nostres i les nostres informants i les opinions que expressen sobre la integració del gènere en la praxi professional.

Amb relació a si el PDMCV desenvolupa el que expressa l'article mencionat del decret, la majoria no coneixen el Pla i no poden contestar aquesta pregunta, però el que coneix l'article assenyala que no i explica el perquè:

No. Perquè, quan ells defineixen los objectius del PDMCV a aconseguir, no diferencien entre homes i dones. [...] I, a més a més, no hi ha ni un objectiu diferent per a home i per a dona i els nivells a partir dels quals se considera o no un factor de risc, són iguals per a homes i per a dones. Quan parlen de disminució de mortalitat, és igual per a uns que per a altres, etc.

(Informant 5-H)

Quant al fet de si han rebut cap indicació per part de les persones responsables del desplegament del PDMCV en relació amb la integració del gènere, tots diuen que no s'ha donat cap indicació. La informant que va anar al Departament a la presentació del Pla comenta:

Jo crec que no. Jo, quan me van explicar això, no recordo tot això que tu m'estàs dient ara de la diferenciació de gènere que es fes...

(Informant 9-D)

Un informant assenyala:

Han confiat que els professionals, quan han d'actuar, facin el correcte, ¿no? Però, per exemple, a l'hora de fer el Codi Infart el vam fer nosaltres i ja està.

(Informant 3-H)

#### 5.3.3.5. CINQUÈ APARTAT: FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS I LES PROFESSIONALS EN GÈNERE

En aquest cinquè apartat, volem saber si els informants i les informants han rebut formació en gènere, la salut i els seus problemes. En el cas dels que han rebut formació, els preguntem per si ha estat en la pregraduació o en la postgraduació i si l'han impartit des de la institució on treballen. També volem explorar si pensen que pot haver-hi dificultats en la formació de gènere i si existeixen resistències per part dels professionals per integrar la perspectiva de gènere en la pràctica professional.

Els nostres i les nostres informants ens assenyalen que, en la formació pregraduada que van dur a terme, no hi era present la perspectiva de gènere. El que s'estudiava al llarg de les titulacions (Medicina i Infermeria) amb relació al sexe era l'epidemiologia dels problemes de salut, la distribució per sexes d'un problema de salut en una població, les prevalences per sexe d'un problema de salut...

L'informant 5, a més a més, assenyala que el professorat era majoritàriament masculí:

No era present el gènere. Un altre element que també té importància és que, abans la majoria, quan feien la formació de pregrau, la majoria érem homes, i nos donaven les classes homes. Jo no recordo haver tingut cap professora a la universitat, professora de... el senyor *catedrático*.

(Informant 5-H)

La informant 10 assenyala que no veu la necessitat d'incloure el gènere en la formació:

No, a veure, quan t'explicaven les coses, sí que hi havia diferències, què és més freqüent en dones que en homes, però no... No com a... com a assignatura... o com a transversalitat, no. I espero que no ho estigui mai.

(Informant 10-D)

Comenten que el gènere s'ha anat introduint després:

No, és que... Jo crec que no, ¿eh? Tot això ha vingut després, però, en aquell moment, no res.

(Informant 9-D)

Ui... jo, en aquella època... no, jo no vaig fer-ho, no. No hi havia aquesta sensibilitat. Després, sí, amb el temps es va desenvolupar això, ¿no? Que *a lo millor* els símptomes podien ser diferents o que *a lo millor* a les dones donessin *menos* importància... que també jo crec que s'ha anat equilibrant, perquè cada vegada, *pues*, són més conscients que no... que poden tenir també aquests problemes. I potser hi va haver una època que pensaven que no, que l'infart era una cosa d'homes, ¿no? Per exemple, això hi va haver una època que jo crec que ja ha passat, ¿no?

(Informant 3-H)

L'informant cardiòleg ens comenta:

Quan vaig fer la residència, es començava a parlar una mica més... més seriosament, es començaven a veure més publicacions... però, realment, no he tingut formació.

(Informant 1-H)

Tampoc no han participat en cap curs de formació amb relació al gènere i la salut.

Pel que fa a si coneixen o recorden algun curs de formació sobre la perspectiva de gènere promogut per la institució on treballen, la resposta majoritària és que no ho coneixen.

La informant 10 assenyala:

*Pues*, no ho sé. Jo... a veure, jo me miro la intranet cada dia, alguna cosa dins de formació hi haurà, però no que jo recordi... no significativament important...

(Informant 10-D)

El que sí comenten alguns professionals de primària és que a l'APS s'ha fet alguna formació amb l'ICD:

Una vegada se va fer un curs de l'ICD, sobre la dona, *lo* que passa és que ja fa molt de temps... no recordo bé de què era, però estava relacionat, però, després... no, no he fet res més.

(Informant 6-D)

Assenyalen que els cursos promoguts per la institució han anat dirigits a la formació en relació als protocols sobre la violència masclista, mutilacions genitals femenines i, últimament, la fibromiàlgia, però, amb relació a les malalties cròniques, no.

Amb l'ICD, els protocols amb relació a la violència de gènere. El programa de diagnòstic precoç de càncer de mama, programes relacionats amb la seva anatomia i fisiologia.

(Informant 5-H)

L'informant 7 assenyala:

*Pues*, no, conec el que s'ha promogut sobre immigrants, per exemple, que està molt bé, el de la dona maltractada, el cas de mutilacions genitals... però, com a tal, no, no ho conec.

(Informant 7-H)

La informant 9 assenyala que estan fent formació en relació amb la fibromiàlgia i que sí que s'ha donat formació en relació amb el gènere en aquest problema de salut.

És que [és] clar, la fibromiàlgia és una cosa que, [és] clar, la dona és com del gènere femení, saps? Realment, no mos ha sortit cap home. Sí, a la gent se li va fer formació igual hi havia *dos* classes només dedicades a això, ¿eh? La sensibilitat sí que hi està... però, [és] clar, mos falta molt encara... Ara tot va enfocat més *de cara a lo* de la violència de gènere... Aquí també se fa, ¿no? Informació i sensibilització, però... En estes malalties més cròniques, jo penso que no, ¿eh?

(Informant 9-D)

Quant a les dificultats que hi pot haver en relació amb la formació i la recerca en gènere, ens assenyalen alguns, no ho consideren una qüestió prioritària, que, a l'hora de plantejar-se alguna recerca, no ho tenen en compte i que tampoc en les bases de dades s'acostuma a trobar molts estudis que facin referència a la relació del gènere en els problemes de salut:

No és que hi hagi dificultats, però tampoc no és una cosa que es plantegi de forma seriosa, ¿no?, és a dir, anem a buscar el mateix problema per a dones i homes. Tampoc no és que hagi dificultats, però tampoc no és una cosa prioritària, en la recerca almenys, no surt gaire cosa.

(Informant 1-H )

Trobo que no es fa, que no hi ha dificultat, perquè, de la mateixa manera que pots mirar la prevalença d'hipertensió, pots fer-ho en una variable més que és amb relació al gènere, ¿no? Natros vam fer un estudi que vam presentar, també, respecte a quina era la qualitat de les històries clíniques respecte a home i dona, i van sortir diferents també, ¿no?

(Informant 5-H)

Sí, si tu busques a l'“only”, per exemple, una base de dades, i busques sobre determinat tema i amb els filtres no poses, o sigui, t'és igual el sexe, per tant, sense perspectiva, et pots trobar amb aquest tema, *pues*, per dir *algo*, 300 articles, però *basta* que fiquis un filtre, “only women”, i, *bueno*, te'n trobes tres i, en canvi, poses “homes” i és possible que no siguin els 300, però *igual* són 150.

(Informant 7-H)

[És] clar, jo, la recerca en gènere, m'ho plantejaria en algun tema concret, ¿no?, però te trobes molt poca cosa, si *lo* que vols és que hi hagi molta recerca feta... Jo penso que mos ho hem plantejat molt poc.

(Informant 9-D)

L'informant 7 aprofundeix en el perquè d'aquestes dificultats:

Evidentment, la dificultat de la perspectiva de gènere en la medicina i en la societat, la medicina no deixa de ser un aspecte més de la resta de la societat, no és un cas a banda, *ni molt menys*, i els professionals, evidentment, tampoc.

(Informant 7-H)

Comenta que la formació rebuda i el retard en relació amb altres societats en el tema dels anticonceptius, incorporació de les dones al món del treball... comporta que hi hagi resistències per part d'alguns professionals en temes relacionats amb les dones, per exemple, en la píndola postcoital i diu:

Associes els dos termes, vull dir la mentalitat de la qual som esclaus, per formació prèvia i per edat, més la perspectiva de gènere, que també és relativament nova i més en aquest país i el resultat és evident.

(Informant 7-H)

Conclou:

Canviarà? [És] clar que canviarà, sens dubte, o esperem que canviï, el dubte també és optimista, però això ens costarà un parell de generacions.

(Informant 7)

Comenta la influència de la feminització de la medicina per estudiar la relació del gènere en els problemes de salut, encara que pensa que no és factor determinant:

També alguna vegada s'ha publicat la gran sensibilització dels personals sanitaris quant al tema del gènere, que es produeix d'una forma quasi mecànica, quasi osmòtica i quasi per naturalesa des del moment en què es feminitza la professió mèdica.

(Informant 7-H)

Continua en el seu raonament:

Però, el professional, a part dels seus coneixements tècnics, no deixa d'estar sotmès a les mateixes variables deterministes, culturals, econòmiques, etcètera, que la resta de la societat. Amb això vull dir que és molt possible que, per molt que una dona tingui una gran formació tècnica en medicina o en infermeria, *pues* és molt possible que, en canvi, tingui una actitud ideològica davant del tema absolutament contrària... és a dir, no és *algo* mecànic...

(Informant 7-H)

Altres informants diuen que no hi ha dificultats i una assenyala:

No crec que hi hagi facilitats.

(Informant 6-D)

La formació al llarg de la vida professional és imprescindible en qualsevol àrea, per poder aplicar en la praxi professional els coneixements generats en les troballes de noves recerques.

Amb relació a la formació que reben els professionals en l'àmbit de la salut, l'anàlisi que hem realitzat ens permet identificar les diferents vies d'aquesta formació, que després dels coneixements rebuts aplicaran en la seva pràctica.

Les diferents vies de formació existents avui en dia són:

- 1.- Formació pregraduada de caràcter general i igual per a totes les persones, que es formen en la mateixa disciplina: Medicina, Infermeria...
- 2.- Formació postgraduada de caràcter especialista de diverses modalitats: especialitat, postgraus, màsters...
- 3.- La pròpia praxi professional.
- 4.- Formació continuada des de la institució on treballen.
- 5.- Assistència a congressos, conferències...
- 6.- Associacions professionals.
- 7.- Recerques bibliogràfiques.
- 8.- Recerques pròpies.
- 9.- Publicacions.

Tan sols la formació pregraduada és de caràcter general i en aquesta no està contemplada formalment la impartició de continguts relacionats amb el gènere. Totes



les altres vies de formació estan en funció de l'especialitat del treball, de l'interès personal, de la sensibilitat vers un tema determinat i de l'oferta que es presenta per les diferents institucions involucrades en la formació. Després d'aquesta anàlisi, deduïm que la formació en gènere queda exclusivament a la voluntat del professional i la professional optar per la formació en cursos de gènere.

Hem constatat que els nostres i les nostres informants no han tingut la necessitat en aquest tipus de formació i, per tant no han rebut formació específica en gènere.

A més a més, les troballes de les recerques tarden temps fins que es publiquen i arriben a les mans dels professionals. Es fa difícil la incorporació d'aquests coneixements, ja que la lectura d'aquests articles depèn de les necessitats i afinitats dels professionals i les professionals.

Per tant, la formació en gènere per part dels professionals queda exclusivament a la bona voluntat dels professionals i les professionals que ho vulguin buscar.

Anem més enllà i els preguntem si pensen que hi ha resistències per part dels professionals a incloure la perspectiva de gènere en el seu treball i comenten:

El professional treballa respecte a l'evidència i és el receptor d'aquesta informació, ara es comença a parlar una mica de la diferència de sexes, és molt recent i les coses costen un temps a englobar-les a les actuacions.

(Informant 1-H)

Conclou expressant els seus dubtes respecte a la pràctica professional:

No hi ha unes directrius clares que hagi d'actuar diferent, pot tenir una idea per la teva experiència, però tampoc no tens evidència que sigui així. Actualment, tens aquesta sensació que, possiblement, tinguis hagi de fer-ho diferent, però no saps com de diferent, no tens res per recolzar-te.

(Informant 1-H)

Home, *a lo millor* d'algun professional, potser sí, igual sí, alguns sí que són més *reacis* a aquestes coses... que són més.... però jo crec que no. La societat ha anat canviant i actituds que *a lo millor* fa anys que s'havien vist, *a lo millor* ja no estan tant presents. *A lo millor* queda alguna persona així, però que no és... penso que no.

(Informant 3-H)

Jo penso que com en tot hi ha de tot, ¿no? Hi ha uns professionals que són més resistents... Això, afortunadament, i dic afortunadament, ¿eh? Estan desapareixent aquestes barreres, perquè el rol de facultador, de metge, ja és majoritari de les dones i ara això sortirà en els homes. Jo penso que l'home quan va a consultar a una metgessa té problemes, ¿eh? I, quan vénen de determinades cultures, encara més.

(Informant 5-H)

Sens dubte, sens dubte... hi pot haver resistències, depèn de la sensibilitat, valors i creences de tot el món ideològic del professional.

(Informant 7-H)

Una informat amb relació a les resistències per part dels professionals ens diu:

Sí. Jo mateixa t'ho dic, ¿eh?, és que jo... per exemple... jo penso que el *Día de la Mujer Trabajadora* no hauria d'existir. No hauria d'existir, des del moment que existeix un dia diferent, som diferents i ens tractaran diferents. I això, per exemple, és el mateix.

(Informant 10-D)

El seu posicionament d'entrada és de resistència explícita al gènere, les diferències les atribueix a factors biològics de les malalties i no al rol social. Conclou dient:

Com a professionals, tota la informació que rebem sobre que la... que hi ha una diferència entre homes i dones i que la incidència, prevalença, control, medicació... d'un problema en homes i dones pot ser en algun moment determinat diferent, això forma part que tu sàpigues, que tu estudies, te prepares... però no específicament pel fet de... dones i homes. Sinó perquè forma part de la malaltia, de coses que es van sabent cada vegada més de les malalties. Abans no se sabia, però per què? Perquè no s'investigava, doncs ara ja s'investiga.

(Informant 10-D)

Encarà que en altres moments de l'entrevista assenyalava:

Les dones es fan càrrec de la seva malaltia i de la malaltia dels altres i això a la llarga genera més malalties ja no només físiques, de dolors, càrregues i tal, sinó psicològiques i...

(Informant 10-D)

Observem que hi ha una resistència explícita per part d'alguns professionals quan es parla de gènere, però hi ha una voluntat d'adequar l'atenció a l'especificitat de cada individu. En aquest tipus d'atenció, observem que el gènere passa per davant dels elements biològics, perquè identifiquen que el que li passa a aquesta persona està relacionat amb el seu rol de dona. En aquest tipus d'atenció, es va cap a l'atenció integral de les persones.

La informant 2 assenyalava amb relació a les resistències:

No crec, no hauria de ser... no crec Les mateixes resistències que hi ha en tots els àmbits de la societat. Sí, som diferents. Hi ha gent que intenta unificar-ho tot i una altra que veu les diferències, pos, sí... segur...

(Informant 2-D)

Alguns pensen que no té perquè haver-hi resistències a la integració del gènere en la praxi professional i que més bé és cosa del passat. Altres assenyalen que, si hi ha

reticències en la societat, també n'hi ha dins de la medicina, ja que el personal de la salut no viu aïllat de la societat.

Una informant manifesta les seves resistències i ens diu que les diferències van lligades a les malalties més que a les persones.

#### 5.3.3.6. SISÈ APARTAT: ESTEREOTIPS EN RELACIÓ AMB LES MCV

En aquest sisè bloc, els demanem l'opinió sobre unes frases que representen estereotips i que perviuen en l'imaginari popular, contribuint a posar les dones en situació més desfavorable que els homes en relació amb el risc de les MCV. Contribueixen a la invisibilització de les dones en aquest problema de salut, tant per part dels professionals com per part de les mateixes dones (VELASCO, 2010).

També analitzarem amb les persones informants les conseqüències d'aquests estereotips, ja que la seva persistència en el temps crea imaginari popular afectant el conjunt de la societat. Com diu Sara Velasco: "Aquests estereotips porten una cadena de conseqüències que van des de la invisibilitat del risc cardiovascular de les dones, a la baixa percepció del risc, tant per part de les dones com dels professionals sanitaris. Aquesta baixa percepció del risc, juntament amb el fet que les dones no es reconeixen com a potencials malaltes cardíacs, pot comportar un retard a l'hora de buscar ajuda" (VELASCO, 2010).

Per concloure aquest bloc, els preguntarem si pensen que les imatges que es donen pel que fa a les MCV ajuden a crear imaginari col·lectiu i popular que les MCV són més pròpies del gènere masculí.

#### FRASES QUE REPRESENTEN ESTEREOTIPS

##### ELS QUE MOREN DE LES MALALTIES DEL COR SÓN ELS HOMES

Aquest estereotip va lligat a la percepció que la mortalitat per les MCV és més pròpia dels homes que de les dones i, per tant, ens dona una mirada androcèntrica del problema (VELASCO, 2010).

Cap dels informants i les informants estan d'acord amb aquesta afirmació, els seus comentaris són:

*Bueno*, esta, fa uns anys, sí. Del cor, me refereixo únicament als infarts, ¿eh? De la insuficiència cardíaca no, es moren les dones.  
(Informant 3-H)

No, i les dones i tant, i cada vegada més.  
(Informant 10-D).

No, jo crec que no, es moren tots, /o que passa és que hi ha diferents perfils d'edat. La dona es mor més tard que els homes, però es moren igual del cor.

(Informant 1-H)

No, és fals, lo que sí que és veritat és que abans com que la cardiopatia isquèmica era més de barons i sobretot més joves i les dones en edat més avançada... però està vist que les dones moren també.

(Informant 2-D)

Les MCV són la primera causa de mort en les dones, els professionals i les professionals entrevistats no estan d'acord amb aquesta afirmació, que sí que està present en l'imaginari popular i alguns donen l'explicació del perquè d'aquest pensament.

### **LES DONES ACUDEIXEN MÉS ALS SERVEIS SANITARIS PER DOLENCES INESPECÍFIQUES**

Aquesta afirmació estaria lligada a un estereotip de gènere i pot estar relacionat amb un biaix en l'atenció per part del professional (VELASCO, 2010).

Alguns/es dels/de les informants diuen que no, n'hi ha un que diu que per igual i els altres diuen que sí. Alguns reflexionen sobre aquesta afirmació i el seu perquè:

És possible que sí, que les dones pel seu tarannà s'escoltin més i són més extravertides, als homes per cultura se'ls ha ensenyat que es queixen menys en relació amb la salut.

(Informant 2-D)

Això, sí, tots tenim aquesta sensació que a vegades et trobes dones que no saps /o que tenen, que et contenen símptomes que no saps com enquadrar-los. Els homes, quan es queixen, es queixen, /o que és la queixa, ¿eh? Jo no dic que estigui malalt o no, els homes ho expressen de forma més clara que les dones.

(Informant 1-H)

Jo diria per dolences no tan orgàniques, parlen més de la seva vida, dels seus problemes, perquè l'home no sol vindre i dir-te tinc problemes amb los fills, tinc problemes amb la dona, tinc problemes amb la hipoteca. La dona t'explica vaig sobrecarregada... tinc molta feina... l'home no em fa cas, les dones t'expliquen més vivències.

(Informant 5-H)

Alguns/es informants expressen que, darrere d'una queixa inespecífica, hi ha altres problemes:

Sí, perquè moltes vegades *lo* que veig a la consulta, la gent que ve o les dones que vénen, “ai, me fa mal això”, no sé què. I després d'estar parlant un *raïto*, sempre veus que *detràs* del mal este sempre hi ha altres coses. “Tinc mal d'esquena i no m'acaba de passar i no sé quantos...” i veus que *a lo millor* hi ha *algo* més... “me fa mal això, me fa mal allò” i, quan comences a buscar, hi ha coses *detràs*...

(Informant 6-D)

L'informant 7 relaciona la freqüentació específica o inespecífica amb les càrregues familiars que les dones tenen pel rol tradicional de dona sostenidora de la família i que aquesta hiperfreqüentació és una manera d'expressar el seu malestar. Analitza la falta de formació en aquest vessant que porta a adjectivar les dones de pesades o neuròtiques i ens explica:

La dona freqüenta més per dolences inespecífiques i específiques, el perquè és un altre tema.

(Informant 7-H)

Continua el seu raonament:

A mi, no m'han format per detectar o intentar desxifrar el perquè del malalt hiperfreqüentador, ¿no?. Això ha sigut *a base de* pràctica. El malalt hiperfreqüentador és un malalt que no sap expressar-se d'una altra forma i que el problema que té no és el que t'està expressant, n'hi ha un altre. És funció teva intentar *averiguar-ho*. Si això ho uneixes amb el tema de la dona hiperfreqüentadora, és que està claríssim, a poc que gratis trobaràs que aquella dona dorm cinc hores perquè s'aixeca a les 5 del matí a preparar l'esmorzar del marit, que és incapaç de preparar-se ell una truita, que se'n va a dormir a la 1 de la matinada, que té tres *xurumbeles*, que, a més a més, no oblidem el rol que representa la dona, que no l'home, com a sostenidora de la família i com a principal cuidadora de la gent gran, per una manca de serveis socials i mal enfocats, tal com veig jo, de la manca de l'Estat de benestar social i ara estan traient lo poc que havia. Esta dona lo que t'està expressant una mica és el crit de desesperació a veure qui em sent. No t'han format per distingir això. Això és a base d'experiència, vénen els professionals jovenets, que continuen sense aquesta formació, i la forma més ràpida de treure's aquesta persona de sobre és adjectivar-la de pesada, de neuròtica, etcètera, i treure-se-la de sobre i aquella persona simplement la frustres encara més. Per què la dona freqüenta més? I, a partir d'aquí, gratem el perquè. Jo crec que, si ens quedem amb l'especificitat, és la dona que freqüenta més, caurem en l'esquema perpetu que s'ha seguit fins ara. “És clar, és que la dona, mira, pobreta, és una dona i ja se sap, no té res a fer”. Hi ha *algo* més aquí.

(Informant 7-H)

Amb relació a aquesta afirmació que representa un estereotip lligat al gènere els informants i les informants expressen les seves opinions, fonamentant el seu perquè. Comenten que els símptomes que expliquen les dones costen més d'enquadrar, que expliquen més qüestions personals, que són més extravertides, que en ocasions darrere d'una demanda "inespecífica" sol haver-hi un altre problema. Aquestes situacions ens poden portar a biaixos en relació amb l'atenció.

### **SOLS LES DONES GRANS MOREN D'INFART**

Aquesta afirmació està lligada a l'estereotip de la percepció de la protecció hormonal que presenten les dones vers les MCV, en la seva edat fèrtil. Per tant, la mortalitat per aquesta causa en les dones es manifesta en dones grans.

La majoria dels informants i les informants no estan d'acord amb aquesta afirmació, encara que alguns assenyalen alguns matisos.

L'informant 1 assenyala:

Habitualment, sí... No hi ha infarts en dones joves.  
(Informant 1-H)

No totes, però més les grans, és més freqüent, sí.  
(Informant 3-H)

És molt més freqüent l'infart, la cardiopatia isquèmica en dones una vegada han arribat a la menopausa, evidentment, tenen un factor protector, els estrògens. Això no opta que no hi hagi cardiopaties en dones més joves, però *des de luego* és més infreqüent. Però la dona està tan exposada com l'home a la malaltia cardiovascular i inclús més, des del moment que no és conscient de...  
(Informant 7-H)

No, no és veritat, l'infart en gent jove és més freqüent en barons, però també hi ha dones que tenen infarts i poden morir, o siga, que no.  
(Informant 2-D)

No, dones grans i joves i homes...  
(Informant 8-H)

Els altres simplement no estan d'acord amb aquesta afirmació.

## **EL RISC DE IAM ESTÀ RELACIONAT AMB ELS ESTILS DE VIDA MASCULINS (TABAC)**

La morbidimortalitat per les MCV s'associa a estils de vida i, sobretot, a estils de vida masculins (tabac, alcohol, estrès d'home de negocis...), en l'imaginari popular, el pacient amb malaltia cardíaca "és un home blanc, d'edat adulta, classe social mitjana-alta, amb estrès associat al seu rol professional i competitiu, que fuma i amb consum social d'alcohol" (TAJER, 2009).

Aquest estereotip que associa les MCV a estils de vida masculins esbiaixa la prevenció de les MCV en les dones.

Els nostres informants assenyalen que ara les dones també tenen aquests factors de risc més propis dels homes en altres èpoques.

El tabac i altres coses, no sols el tabac. A veure, si associem que l'estil de vida masculí és estar en una vida laboral activa, tenir estrès, responsabilitats... les dones ara també les tenen. Una altra cosa que és discutible, si al mateix nivell o en el mateix percentatge d'homes que dones, però no.

(Informant 2-D)

Amb el tema del tabac, potser abans sí que hi havia diferència, ara ja no tanta i els factors de risc són iguals.

(Informant 3-H)

Sí, tenint en compte que els estils de vida masculins cada vegada s'estan unint.

(Informant 10-D)

Sí, sí, sí... Entre les dones hi ha un tabaquisme creixent.

(Informant 7-D)

[És] clar.

(Informant 1-H)

Estic d'acord amb una part.

(Informant 9-D)

Home, el tabac, estil de vida masculí, últimament ja no tant... Però que és un estil de vida relacionat amb malalties cardiovasculars, sí.

(Informant 8-H)

Està relacionat amb factors de risc a tot nivell.

(Informant 4-D)

N'hi ha que assenyalen que no és només el tabac:

No, no més.

(Informant 5-H)

Tabac... no, perquè també està l'obesitat... no...

(Informant 6-D)

Hi ha una part dels nostres i les nostres informants que el que ens vénen a dir que les dones, actualment, equiparen els factors de risc als clàssics factors de risc masculins.

## LES DONES ESTAN PROTEGIDES DEL IAM PER LES HORMONES

Aquesta afirmació és molt present en la població i en els professionals sanitaris.

“La creença que les dones no podien patir malalties coronàries es basava potser en impressions acumulades durant anys en què es constatava que les dones premenopàusiques tenien menys incidència d'urgències cardiovasculars, infarts de miocardi o atacs cardíacs, però no es basava en principi en cap evidència científica” (VALLS, 2006).

Amb aquesta creença, la indústria farmacèutica va desenvolupar i va treure al mercat la *teràpia hormonal substitutòria* (THS) que hauria de prevenir les dones de tots els efectes adversos que comportava la menopausa, entre ells, les MCV. “Estudis ben dissenyats revelen que el tractament amb THS no va prevenir els episodis cardiovasculars clínics i s'associa amb esdeveniments adversos”. “Les dones amb tractament hormonal van tenir més risc de mortalitat i de IAM no mortal” (WENGER, 2006).

El comunicat sobre risc de medicaments per a professionals sanitaris ref72008/16 de 3 d'octubre de 2008 de l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris del Ministeri de Sanitat i Consum, actualitzant la informació sobre la *teràpia hormonal substitutòria* (THS), analitza els riscos relacionats amb el càncer de mama, endometri i ovari i el risc cardiovascular. És una prova d'aquests riscos.

Les respostes dels informants i les informants van des dels que no ho asseguren, però pensen que hi ha una certa protecció, fins als que diuen que no.

No sé si és per les hormones o què, però és veritat que fins a la menopausa les dones tenen menys incidència de IAM.

(Informant 1-H)

Bé, en certa manera, sí, és una forma simple de dir-ho, però és veritat que la dona comença els problemes de risc cardiovascular en la menopausa, ¿no? N'hi ha més”

(Informant 2-D)



Al comentar-li els problemes de la THS, contesta:

Sí, perquè suposo que una cosa és *lo* natural i una altra l'aporta estrògens així...que no solament està augmentant el risc cardiovascular, sinó, a més a més, altres problemes...

(Informant 2-D)

Parcialment. Parcialment, perquè, a vegades, en tenen també. I això, a vegades, fa més difícil el diagnòstic, en aquestes que no són tan freqüents i llavors és més...

(Informant 3-H)

*Bueno*, els estrògens tenen un paper... almenys a falta de demostrar un altre factor, tenen un factor protector cardiovascular.

(Informant 7-H)

Fins a la menopausa. Però, cada vegada se va disminuint *menos* aquesta protecció per factors de risc *tipo* tabac. Però, sí, sí, està protegida.

(Informant 10-D)

*Bueno*, aquí ficaríem un 50%.

(Informant 9-D)

Que jo sàpiga... bé no ho sé, no he llegit res.

(Informant 8-H)

Les altres persones informants diuen que no.

Una de les conseqüències de la creença d'aquesta protecció és la que assenyala l'Informant 3, que a vegades pot dificultar el diagnòstic.

Aquesta creença tan estesa entre la població i els professionals (totalment o parcialment) influeix tal com diu Velasco: "En el perjudici que està causant aquest biaix de gènere respecte als factors de risc, recolzant-se en una hipòtesi mèdica 'la protecció hormonal', demostrada errònia, és que no estan visibilitzats ni estudiats els factors de risc que afecten més específicament les dones i no s'està actuant amb precisió sobre ells" (VELASCO, 2010).

Els preguntem si aquestes afirmacions que representen pensaments estereotipats poden influir en el fet d'**invisibilitzar** i/o menysvalorar les dones en relació amb les MCV.

Sí, a veure potser que hi hagi un *retràs* de diagnòstic, als infarts està clar quan hi ha un infart a quan no n'hi ha. El problema de la *insuficiència cardíaca* ( IC) sí que és veritat que el pots infradiagnosticar, sobretot, quan són processos progressius que van poc a

poc. Perquè sí que és veritat que les dones o no ho saben expressar bé o no els fem el cas que caldria fer.

(Informant 1-H)

Aquest mateix informant conclou expressant els seus dubtes en relació amb la insuficiència cardíaca:

Distingir una dona de 60 anys que es cansa i saber si és pel sobrepès, per la poca forma física... o és perquè realment té un problema és complicat. Els homes, realment, a estes edats han estat físicament més actius que les dones i se suposa que toleren millor l'exercici i les dones, quan arriben a la postmenopausa amb una activitat sedentària, es cansen, no és d'estranyar. Hi ha dones que ho viuen com un problema i dones que no li donen importància... S'ha de veure moltes vegades si això és un problema de salut o una patologia de veritat...

(Informant 1-H)

La informant 2 assenyalava una conseqüència d'aquest pensament estereotipats poden tenir sobre les dones:

En part, sí. De fet, ja s'ha dit, ¿no? Que en la cardiopatia isquèmica ells, quan es queixen d'aquest tipus de simptomatologia, tenen un infart, elles són histèriques... això ho pensa molta gent.

(Informant 2-D)

A vegades, sí, sí, perquè hi ha moltes vegades que... "*bueno*, és una dona, és una dona...". Jo penso que no s'ha de...

(Informant 4-D)

Sí, això sí que pot passar. Sí, perquè això és una cosa que moltes vegades la gent pensa, no?

(Informant 3-H)

Jo crec que sí, que les dones es veuen *menos*.

(Informant 6-D)

Sí, en alguns casos, sí, menyspreen o fan més difícil d'arribar a un diagnòstic en elles.

(Informant 5-H)

Jo crec que sí.

(Informant 9-D)

L'informant 7 fa referència al Sistema Sanitari com a part integral del sistema social i transmissor d'estructures socials:

Sí, sens dubte, sens dubte, invisibilitzen les dones. A més, hi ha una càrrega ideològica, el sistema sanitari, no oblidem... i això no són paraules meves, ¿no? Foucault fa més de 50 anys ja ho havia expressat perfectament, no oblidem que una part del sistema és repressiu per aguantar l'estructura social, com altres... i nosaltres formem part, ens agradi o no, d'aquest sistema.

(Informant 7-H)

L'informant 8 i la 10 fan matisacions:

Des de la meua perspectiva, jo penso que no. El món és molt gran i suposo que sí que hi haurà gent... que tinguin menys estudis, ho poden pensar.

(Informant 8-H)

Al popular, sí, al mèdic, no. Jo penso que al mèdic hi ha suficient temps d'informació amb diferències que ja se'ns han anat inculcant i ja ho tenim com un automatisme i ja sabem que les dones i els homes som diferents amb relació a les MCV.

(Informant 10-D)

La major part dels informants i les informants pensen que aquests estereotips són presents en el pensament i que influeixen en el fet d'invisibilitzar o menysvalorar la simptomatologia de les dones respecte a les MCV. Hi ha dos professionals que diuen que això és qüestió del pensament popular, no del professional.

Els preguntem si aquests pensaments estereotipats poden influir en la baixa percepció per part de les dones en relació amb el risc cardiovascular.

L'informant 1 explica:

Es que... infarts en tenen menys les dones joves, també ve de l'evidència que fa anys sols es morien els homes d'infart. Llavors jo crec que les dones no pensen que van a tenir un infart, llavors com que no ho pensen... quan el tenen tampoc no pensen que el tenen, influeix tot...

(Informant 1-H)

Sí, les dones minimitzen.

(Informant 2-D)

Sí, pot passar que sí.

(Informant 3-H)

Si les dones han estat educades en esta cultura... [és] clar que pot influir. No t'has de deixar res a la taula, que t'has de menjar tot lo que hi ha... Pues al final segurament acabaràs hipertensa o obesa.

(Informant 5-H)

Jo crec que a la dona li costa més veure's com a malalta i més en malalties del cor, sí.  
Que estan vistes com a malalties d'homes.  
(Informant 6-D)

La informant dóna aquesta explicació:

Possiblement, perquè la dona té un altre *tipo* de dolor i, possiblement, la majoria de dones, l'*umbral* del dolor... no és tothom, ¿eh? Però, possiblement, la dona està més habituada a aguantar. Lo fet de tenir fills, des de menuda, ¿no? Tenir la menstruació... No sé, jo crec que la dona lo dolor l'aguanta de diferent forma.  
(Informant 6-D)

Sí, sí, sí.  
(Informant 7-H)

Potser en les més grans, potser sí. Perquè potser han vist que el que ha fumats sempre ha sigut l'home o el que ha begut vi o ha fet *carajillos* ha sigut l'home, perquè, *bueno*, quan fas les enquestes, aquí la dona "oh, jo *tabaco* mai de la vida, o alcohol mai de la vida" i, en canvi, l'home "*pues*, sí, *antes* fumava i tal..." i potser això, anys *atràs*, potser sí que va marcar una mica... si fumes, *pues*, això és una malaltia més d'homes perquè les dones, *pues*, no fumaven... però ara ha canviat. Llavors el pensament d'una dona de 40 o 50 anys no serà el mateix que el d'una dona de 70 anys.  
(Informant 8-H)

És que clar, la malaltia cardiovascular potser la veuen una cosa una mica abstracta, ¿no? un diagnòstic que... que me refereixo que no és com una hipertensió, una diabetis i... a llavors sí, jo crec que no li donen la importància que té, perquè ja va relacionat amb lo fet de ser dona, de tindre esta percepció.  
(Informant 9-D)

Sí, perquè hi ha molta cultura popular encara, ¿no? I més en aquesta zona, que és molt rural i hi ha molt analfabetisme entre cometes, nivell cultural baix i...  
(Informant 10-D)

Un dels objectius de la "*Women in Innovations*" (WIN), grups de cardiòlogues intervencionistes a escala internacional, és conscienciar sobre la situació d'infradiagnòstic i infratractament de les dones amb MCV i sobre la importància de la prevenció, tant primària com secundària (Micó, 2010).

Tots els nostres informants pensen que sí que poden influir aquests estereotips en la baixa percepció de risc de les MCV que tenen les dones i ho atribueixen al fet que les dones no pensen en les MCV. Les dones més grans que relacionen els factors de risc cardiovasculars amb els estils de vida masculins (consum de tabac i alcohol) i les joves pensen que tenen protecció hormonal. Les dones no es veuen com a malaltes d'aquests problemes; minimitzant la percepció de la malaltia, una informant assenyala

que, generalment, les dones estan més habituades al dolor i aguanten més. Un informant ho associa a l'educació que han tingut les dones i una altra assenyala que aquest fet es veu més en les zones rurals.

Els preguntem si pensen que aquests pensaments estereotipats poden influir en la baixa percepció del risc de les MCV en les dones per part dels professionals i comenten:

La dona quan ve, depèn de com ho expliqui, no ho explica igual que els homes, igual els cànons de la clínica que tenim són els dels homes, i les dones tenen una simptomatologia diferent. Jo crec que tampoc ho contem com el que tenim els professionals interioritzat com és una clínica d'infart, ¿no? Igual es mesclen les dues coses.

(Informant 1-H)

I acaba dient:

Però sí que és veritat que les dones fins als 60, 70 anys no solen tenir infarts, llavors tampoc ho penses perquè no és freqüent, /o que no és freqüent no ho penses.

(Informant 1-H)

Home, quant als professionals també pot passar, de fet, ha passat alguna vegada.

(Informant 3-H)

Alguns/es informants assenyalen que els professionals sanitaris també formen part d'aquesta societat i que aquest imaginari és col·lectiu:

Sí, els professionals tenen una formació que els ajuda a discernir, però formen part de la societat, també es deixen portar per les creences populars...

(Informant 2-D)

Sí, [és] clar, perquè els metges també som persones i tenim una cultura en la qual hem estat criats.

(Informant 5-H)

L'informant 7, a més a més, ho relaciona amb el fet que hi ha interessos estructurals a perpetuar els rols de gènere.

Sí, sí, també, per les dues parts. El fet que hi hagi una sèrie de circumstàncies, culturals, econòmiques, etcètera, que determinen que el professional no sigui conscient de les diferències de gènere, el fet que, a més a més, la societat no professional sigui més *reàcia* a obrir-se a aquest tema, per manca de... El fet que hi hagi una supraestructura cultural, informativa, etcètera, destinada a fonamentar els rols que estan representant i que continuen. Imagina't per un moment que hi hagués una rebel·lió de dones i que es neguessin a cuidar iaïos. Aquest país es *desmorona*, és que es *desmorona*. Els homes,

de cop i volta, els que encara treballen, haurien de demanar dies de festa per cuidar el pare o el sogre... es *desmorona*. És a dir, hi ha algun interès, explícit o no, o implícit a mantenir les coses. Per tant, el fet que la dona no acabi de ser conscient d'aquestes diferències no solament és una desgràcia que s'ha de treballar per evitar-la, sinó que jo considero que hi ha uns interessos creats perquè continuï així perquè afavoreix una sèrie de manteniments socials.

(Informant 7)

La informant 4 ho relaciona amb el fet que a la dona, a vegades, se li posa una etiqueta:

*Bueno*, és que és això, ¿no?, que com que acudeixen moltes vegades al metge... i això, ¿no?, doncs, *a lo millor* se'ls posa una... una petita etiqueta, *pues* que a vegades no s'hauria de posar esta etiqueta, sinó que s'haurien de valorar moltes coses...

(Informant 4-D)

Hi ha una informant que relaciona aquesta infravaloració amb el sexe del professional.

Sí. Sobretot *a nivell* del col·lectiu home-metge, penso jo.

(Informant 9-D)

La informant 10 pensa que aquesta situació cada vegada es dona menys:

Però, el sistema mèdic, jo penso que cada vegada *menos*. Perquè tenim més informació i... ja es va informant.

(Informant 10-D)

Pel que fa a la baixa percepció del risc per part dels professionals, hi ha un professional que ho atribueix al fet que les dones no expliquen la simptomatologia com els homes i que la clínica que tenen interioritzada els professionals no és la que expliquen les dones. Aquestes reflexions ens porten a veure el caràcter androcèntric de la formació dels professionals. Hi ha professionals que diuen que els professionals també formen part de la societat i que aquest imaginari col·lectiu referent a les MCV també el tenen.

Preguntem als informants i les informants si troben que aquesta invisibilitat per part de les dones com a malaltes cardíaques pot conduir a un retard a l'hora de buscar ajuda en el moment de buscar-la.

La majoria estan d'acord amb que aquesta invisibilitat per part de les dones com a malaltes cardíaques influeix en el retard a l'hora de demanar ajuda.

Les dones no es veuen com a malaltes cardíacs i minimitzen els símptomes:

Sí, és clar, si una dona té una molèstia, ella no pensa que tindrà un infart, tampoc ho interpreta com que sigui un infart, és clar que no demanarà ajuda.

(Informant 1-H)

Sí que pot comportar un retard. Minimitzen els símptomes, no els donen importància, no consulten... arriben més tard.

(Informant 2-D)

Sí, pot passar.

(Informant 3-H)

Sí, ja ho crec, de fet, sí que arriben més tard. Realment, són més... les dones que se diagnostiquen que no es reconeixen estos símptomes.

(Informant 9-D)

La informant 6 diu que a les dones no se les escolta com als homes:

És possible que porti un retard, sí que passa i que *además* les dones tampoc no saben demanar tant l'ajuda, vull dir... o *bueno*, si la demana a vegades tampoc no se l'escolta tant, ¿eh? Vull dir... una dona quan diu "no em trobo bé", doncs no em trobo bé; un home quan diu que "no em trobo bé", doncs, ai, que no es troba bé. Però una dona quan diu que "no em trobo bé", *pues* ningú l'escolta.

(Informant 6-D)

L'informant 7, a més a més, assenyala que la dona infravalora la seva simptomatologia i espera rebre el diagnòstic de "nervis":

Sens dubte, sens dubte, porta un retard, tant a *nivell* crònic com a *nivell* agut. Hi ha un altre tema, la dona ve a demanar moltes vegades ajuda professional davant d'uns símptomes a vegades aguts, un tant cohibida, un tant esperant rebre ja la contesta quasi, quasi habitual d'això són els nervis. És a dir... l'home, no. Veus una diferència? L'home diu "escolti'm, a mi em fa mal el pit, faci *algo!*".

(Informant 7-H)

Hi ha informants que aquest retard a demanar ajuda també el relacionen amb el mandat del rol tradicional de dona sustentadora de família:

Sí, sí, *per suposat*. Si tu consideres que *lo* que tens no té importància o consideres que *lo* que tens te passarà, perquè has de fer el sopar de la família, doncs, pots retardar l'atenció d'un infart o d'un angina de pit, evidentment.

(Informant 5-D)

Sí. Segur, segur. Veig ma mare i està més pels altres que per ella i suposo que igual que ma mare, *pues*, moltes altres mares i moltes altres dones. I potser sí que retarden una mica l'arribada als serveis d'urgència en casos greus... o encara que no siguin casos greus, *pues* el dia a dia "osti, pues me fa...", jo què sé, "tinc dolor de cames i tinc varius... però ja aniré, avui he de planxar o he de fregar"... Li dóna gravetat, però potser un grau menys que a altres coses que segurament són *menos* greus.

(Informant 8-H)

La informant 10 assenyala que aquesta qüestió de gènere no és una qüestió mèdica:

Arriben tard perquè han de col·locar els néts i els *abuelos*... si jo no dic que no sigui una qüestió de gènere, però dic que és una qüestió social, no mèdica.

(Informant 10-D)

I conclou:

Sí, però potser cada vegada *menos*. La gent va tenint un dolor al pit o un dolor al braç o... un malestar i ja et ve a buscar; llavors, la nostra forma d'interpretar-ho és *lo* que ajudarà a una bona intervenció.

(Informant 10-D)

Hi ha una informant que pensa que en la tardança no influeix el gènere, sinó que depèn de les persones:

Sí. Però la tardança és igual en dones que en homes. Igual en dones que en homes. Vull dir que... que igual influeix en homes que en dones això. També depèn del caràcter de la persona.

(Informant 4-D)

Per acabar aquest bloc en relació amb els pensaments estereotipats quant a les MCV i el sexe/gènere, els preguntem que si les imatges que es donen des dels canals de comunicació en relació amb les MCV ajuden a crear imaginari que les MCV són pròpies dels homes.

Hi ha informants que relacionen aquestes imatges amb el caràcter *mediàtic* del IAM en homes joves i amb el fet que els homes tenen més infarts:

En general, quan es pensa en MCV, es pensa en infart, però en les MCV entren molts de problemes, IC, valvulopaties... l'infart és més espectacular i més *mediàtic* en persones joves, mort sobtada... i aquestes es donen majoritàriament en homes, homes de mitjana edat, també dones, però no tant.

(Informant 1-H)

Sí, *a lo millor* sí, encara està així. *Lo* que hem dit abans, que abans es pensaven que l'infart era cosa dels homes.



(Informant 3-H)

L'informant 5 assenyala que no surten dones en la publicitat amb aquest problemes.

Si la majoria d'espots que surten són... sí, poden influir. Exacte, associen estereotips perquè no surten infarts o no surten ictus en dones, però sempre que parlen de la neo de mama parlen de la dona. Sí, sí.

(Informant 5-H)

Sí, sí, ah i, a més a més, crec que hi ha un interès a mantenir aquesta situació.

(Informant 7-H)

Potser sí. La consciència col·lectiva... potser tens al cap un infart i penses en un home. I no penses en una dona que ha tingut un infart. O quan te parlen de colesterol penses... o pensaràs, potser no ho és, però pensaràs que és més habitual en homes.

(Informant 8-H)

La informant 6 ho relaciona amb la invisibilitat de la dona davant d'aquest problema:

La imatge que es dona sí, sí... Bueno perquè ja veus, tot sempre han sortit los homes, sempre los homes... i la prova és que moltes vegades mos ha vingut gent així més gran i li fas un electro i té un infart, però jo no sé si és que estan més habituades a aguantar el dolor, a aguantar certes coses... *hasta* com una mica que costa... dir... A vegades s'ha fet algun electro que dius, ostres, aquesta dona està tenint això. I, en canvi, no s'ha queixat.

(Informant 6-D)

La informant 4 ho relaciona amb els factors de risc tradicionals lligats a estils de vida masculins:

Sí, sí. Perquè potser abans els factors de risc se potenciaven més en homes, però avui en dia jo penso que no hi ha *molta* diferència en lo tema.

(Informant 4-D)

La informant 2 diu que és qüestió de temps canviar aquest imaginari

No ho sé... potser fins ara sí, ara suposo que estem trencant una mica el mite, ¿no? Però, poc a poc, tot no arriba de cop.

(Informant 2-D)

L'informant 9 ho justifica d'aquesta manera:

Realment, la imatge que tenim és esta. *Claro*, en números, també entenc jo que... No és que només tinguem esta percepció, és que en números, a més a més, hi ha molta més malaltia cardiovascular en homes.

(Informant 9-D)

En les conclusions de l'*Informe sobre MCV en la dona* de la Societat Espanyola de Cardiologia, diu que "les oportunitats de millora cal que passin per campanyes dirigides a les dones, que apostin per la conscienciació que la cardiopatia isquèmica és una malaltia que afecta d'una manera molt important les dones, com altres incloses ja en la mentalitat preventiva de la dona com el càncer de mama. Per altra banda, pareix necessari engegar programes que canvien l'actitud de tots els àmbits assistencials per millorar la identificació precoç de la dona amb la síndrome coronària aguda i aconseguir l'optimització en la pràctica real del seu tractament d'acord amb les recomanacions de les guies de les diferents societats científiques. Aquests programes i campanyes també cal que emfatitzen amb la resta de patologies relacionades amb la cardiopatia isquèmica, com la IC i la HTA, entre altres" (*Enfermedad Cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España*. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, 2006).

Per acabar aquest bloc transcriu una història real que em relata l'informant 7, on queda palesa la invisibilitat de les dones davant dels problemes cardiovasculars i el paper del mandat de rol de la dona com a cuidadora i sustentadora de la família, on primer és la cura dels membres de la família que ella mateixa:

Família formada per pare, mare d'uns 60 o 70 anys i la filla d'uns trenta anys amb una paràlisi infantil, va a col·legis especials i està bastant integrada, té un germà que ja s'ha independitzat.

L'home està jubilat, la dona és *ama* de casa. La filla comença amb un quadre catarral que es va complicant i que arriba un moment que "ja no sé què fer i la derivo a l'Hospital de Tortosa", on la ingressen. L'atenen, li fan proves i la deriven a Bellvitge, on està ingressada dos mesos... i surt amb un informe de 3 o 4 pàgines, però no havien arribat a un diagnòstic; realment, un quadre d'aquells que, després de tot l'hivern a hospitals, me la tornen dient, que "com es troba, millor, doncs bé, si torna, ja tornarà"... no saben...

El pare té una *malaltia pulmonar obstructiva crònica* (EPOC), amb múltiples ingressos hospitalaris. Coincideix un dels ingressos del pare amb la filla ingressada a l'Hospital de Tortosa.

El metge relata que: Tot això ha passat fa poc, em vénen un dia tots tres, començo per l'historial de la filla, perquè era *abultadet*; a continuació, amb el pare... com tinc la consulta i la sala d'espera plena i ja... ha passat quasi mitja hora entre els dos, ja m'aixeco com senyal indirecta que tinc una mica de pressa i aleshores la mare em diu: ei, doctor, jo també...

Això és històricament cert, ¿eh? Fa un mes.

- Ui! Jo també li havia de donar un paper (diu la mare).

Agafa el paper, jo estic dret, em miro la carta, a veure què li ha passat, per ser educat, i lleigeixo ingrés amb infart agut de miocardi.

La dona havia esperat a parlar l'última, era la que havia tingut dels tres el quadre més greu, amb més perspectives de mortalitat. Complint el seu rol ni s'havia aixecat, primer els altres...

Jo, com a metge de capçalera, no m'havia *enterat* de res... i, quan ja marxaven, la mare em diu: "Perdoni que *li* molesti, que jo també tinc una carteta"...

(Informant 7-H)

### 5.3.3.7. SETÈ APARTAT: CONEIXEMENT DE LES POLÍTIQUES DEL DEPARTAMENT DE SALUT EN RELACIÓ AMB EL GÈNERE

Els demanem si coneixen les polítiques del Departament de Salut en relació amb el gènere i l'avaluació i seguiment del Pla Director de les MCV.

El gènere ha entrat a formar part de les polítiques públiques i els preguntem si són coneixedors/es de les línies del Departament per a la integració del gènere en la praxi dels professionals de la salut.

Cap dels nostres informants són coneixedors/es de les línies del Departament de Salut per integrar la perspectiva de gènere dins del sistema sanitari.

Alguns fan algun comentari:

*Pues*, la veritat és que no, la veritat és que no. Jo crec que no ha arribat bé encara a aquest tema.

(Informant 3-H)

No. Únicament sento les afirmacions que fan i quan hi ha successos que no vols, per exemple, violència de gènere o això, tothom parla i diu la seva, però de polítiques específiques, no...

(Informant 5-H)

No. A natros no mos ha arribat res de tot això.

(Informant 9-D)

Cal remarcar els comentaris que fan dues de les nostres informants

No. Però penso que no hi ha diferències entre homes i dones respecte a les MCV.

(Informant 4-D)

No m'he fixat específicament, és que jo... generalitzo a tots igual, no...

(Informant 10-D)

Els preguntem si saben si hi ha avaluació del PDMCV i si s'han assabentat d'aquesta.

Ningú no és coneixedor de l'avaluació, suposen que sí, en l'àmbit central, però no saben cap resultat. Un informant remarca l'escletxa que hi ha entre l'assistència i els/les planificadors/es del Departament i uns altres assenyalen la deficiència dels registres dubtant que hi pugui haver una bona avaluació amb els registres actuals.

Que jo sàpiga, no. Suposo que ho faran *a nivell de* direccions, gerències... però no ens ho fan saber.

(Informant 1-H)

I assenyala:

Normalment, els sanitaris tenim la sensació que natros ens dediquem a fer assistència i ells a fer altres coses que no t'assabentes. Moltes vegades t'assabentes de coses que s'han fet per casualitat o perquè t'inclouen en algun grup de treball, no hi ha difusió, una mica és com dues coses separades.

(Informant 1-H)

Remarca la poca difusió que es fa del material elaborat pel Departament:

Quan em vaig integrar al grup de treball de la Unitat d'Insuficiència Cardíaca, em vaig assabentar que hi havia una guia d'insuficiència cardíaca de l'ICS, la pengem a la web i no diuen res. Doncs és com si no ho fessin; fan moltes coses, però s'assabenten quatre i els que ho fan. La guia portava publicada un parell d'anys. Es fan moltes coses, però pareix que es tracta de posar ratlletes i a una altra cosa... Tenim aquesta sensació.

(Informant 1-H)

L'avaluaran per la seva part, suposo que serà un objectiu d'ells; a natros no ens arriba l'avaluació.

(Informant 2-D)

Home, imagino que sí, *lo* que passa és que com que no conec tampoc com s'està implementant, no sé com es controla, però imagino que sí, ¿no? Que, si està, estarà per controlar-lo, ¿no? Sinó quina... m'imagino que sí, espero.

(Informant 10-D)

Ho van avaluant tot, però no sé si hi ha una avaluació del PDMCV.

(Informant 8-H)

M'imagino que en aquest sentit ho hauran fet ells. Però, si ja ignoro la existència del Pla, imagina't si...

(Informant 7-H)

Jo tinc els meus dubtes. Tinc los meus dubtes, ¿eh? Engeguen moltes polítiques, moltes coses, però realment a l'hora de... de si fer un balanç de si això funciona de com va... a natros no mos arriben estos resultats. Molt poc, molt poc.

(Informant 9-D)

No.

(Informant 4-D)

No ho sé, però crec que no.

(Informant 6-D)

En relació amb els registres, assenyalen:

*Pues*, suposo que a alguns llocs, sí, però aquí, no, aquí no es fa. Penso que aquí no es fa, perquè no es demana la informació que caldria demanar, no es fa el registre que s'hauria de fer, tots els registres que s'han fet aquí han sigut amateurs.

(Informant 3-H)

*Pos*, sé que hi va haver una primera avaluació, però estava més relacionada amb el codi ictus respecte als resultats dels hospitals, però... no en tinc constància que hi hagi un registre, un seguiment continu i una avaluació contínua i una auditoria de qualitat del registre que facin.

(Informant 5-H)

Comenta la dificultat que ha tingut per poder fer l'estudi sobre l'ictus en relació amb els registres, trobant una divergència entre els registres d'un 15% a un 20%, i acaba dient:

Jo penso que s'ha de fer un registre que es responsabilitzi algú de la seva qualitat, del seu seguiment, de la seva avaluació i del *feedback* als professionals, ja que és la base dels estudis i de les avaluacions...

(Informant 5)

Per acabar l'entrevista, els llegim el primer punt dels aspectes pràctics que formen part del capítol "Aspectes relacionats amb el sexe: prevenció de les MCV en les dones" de les guies de pràctica clínica sobre prevenció de la malaltia cardiovascular:

"Les polítiques de salut pública nacionals i europees haurien d'abordar el problema de l'insuficient reconeixement de la magnitud de les MCV en les dones i reflectir-ho en la publicitat i l'educació tant de la població en general com de la professió mèdica (Nosaltres afegim i de la professió d'infermeria)" (GRAHAM, I., [et al.], 2008). I els demanem la seva opinió.

Les respostes i els comentaris dels informants són prou diverses i van des dels que estan d'acord amb aquesta proposta, als que, a més a més, ho relacionen amb la

importància de la formació des de les escoles fins a la formació de pregrau i als que pensen que no s'ha d'insistir en un sexe més que en un altre en les campanyes.

*Pues, bueno*, potser sí que s'ha de fer encara, perquè, si encara existeix gent que ho pensa, *pues* encara s'ha de publicitar, s'ha d'informar.  
(Informant 3-H)

Me pareix molt bé, crec que sí, que ha d'estar...  
(Informant 6-D)

Jo penso que seria important i que s'hauria de fer. S'hauria de donar més relleu i importància per fixar-nos una mica més los professionals en les dones en este sentit, perquè potser no fem tanta prevenció.  
(Informant 9-D)

L'informant 5 advoca pel canvi en la política educativa des de primària en relació amb la salut:

Mira... Jo tan explícit no ho seria. Jo sóc més partidari de canviar la política d'educació en la salut en general, ¿no? Jo sóc molt partidari d'introduir la salut dintre de l'escola, equitat per tothom a l'escola, educació i per tothom, i la salut ha de ser una assignatura.  
(Informant 5-H)

Raona el perquè:

En aquest món, no hi ha res més important que natros mateixos, i mos ensenyen a sumar i a restar, que és important, però, si el coco no et va... no sumes ni restes. O si... no saps cuidar-te... i tens un infart i et mors... Penso que, si això s'ensenyés a l'escola, sense buscar-ho com a objectiu principal, desapareixerien les desigualtats, perquè t'educarien més en la igualtat, ¿eh? Es parla de la igualtat de sexes respecte al número de lloc de treball, però no es parla de la igualtat de sexe en salut, en cardiovascular o en *lo* que faci falta.  
(Informant 5-H)

*Pues*, bé, ¿no? Que ho potencien i que expliquen i que... però, *bueno*, esta labor d'educar és... complicada i difícil i jo penso que tampoc no hi ha *molta* gent dedicada al tema.  
(Informant 4-D)

L'informant 8 comenta que és més potent la introducció de les polítiques de gènere si es fa des del Departament:

Potser, *a lo millor*, d'aquí a uns anys, sense fer cap Pla... va canviant la consciència i la manera de pensar de la gent i penses "ostres, la majoria de gent que me ve són dones,

no fan tant de cas com els homes quan els expliques malalties cardiovasculars...” i llavors investigues. Però és més potent si les polítiques les promou el Departament.  
(Informant 8-H)

Hi ha informats/es que pensen que en les campanyes no s'ha d'insistir més en un sexe que en l'altre (cosa que no diu el paràgraf que hem llegit).

Sí, queda molt bonic. *Bueno*, penso que s'ha d'intervindre com en altres coses. Queda bé, queda bé. Però, si es fa una campanya, no s'ha d'oblidar que, si insistim molt en les dones, llavors acabarem perdent malalts homes, perquè llavors passarà a l'altre extrem. No, no és que són les dones les que es moren del cor, *ojo*, ¿eh?  
(Informant 10-D)

Jo crec que no s'ha d'insistir més en un sexe que en l'altre; *a lo millor* la publicitat sempre tira més cap al gènere masculí. Cal treure etiquetes del sexe. La publicitat i les campanyes cal dirigir-les a tot el món, no sols a les dones o sols als homes, ¿no? Crec que no s'han de fer campanyes dirigides a les dones, sinó fer campanyes en les quals quedi clar que afecta dones i homes.  
(Informant 1-H)

Ara que tenim altres dades i les coneixem, cal actuar amb sentit comú. Tampoc no és anar a l'altre costat, com la llei del pèndol, com solem fer. Les dones que tenen molta més informació, jo crec que actuaran en conseqüència, però no serà d'avui per a demà, una cosa és saber-ho teòricament i una altra és fer-ho teu i actuar en conseqüència i aquí estem. No hem d'obviar-ho, cal treure les idees, però tampoc no veig necessari fer ara una campanya per conscienciar les dones.  
(Informant 2-H)

La informant 2 insisteix que és cosa de temps.

L'informant 7, expressa els seus pensaments d'aquesta manera:

*Bueno*, ho veig més un desig que una realitat. Com que és una guia, *pues*, es basa com totes les guies, en desitjos. En orientacions genèriques, [és] clar. Espero que algun dia es faci això.  
(Informant 7-H)

Continua raonant amb relació a la importància de la formació i de l'estranyesa d'alguns professionals amb els resultats d'estudis que mostren la diferència en l'esforç terapèutic pel que fa al sexe.

De moment, continuem a un nivell molt primitiu, però al mateix temps molt important, crec que hem de començar per la sensibilització dels professionals i que aquesta sensibilització passa per una formació ja prèvia del pregrau.  
(Informant 7-H)

I conclou:

D'una forma o una altra s'ha de començar, s'ha de començar... vull dir, hi ha professionals que continuen ignorant, sense cap mala fe i sense ideologies... continuen ignorant l'existència que hi ha unes variables que influencien en tot, no solament en el compliment del tractament o en la presentació epidemiològica de la malaltia... sinó en la demanda d'ajuda, la forma d'interpretar... i que això *s'asombren* quan expliques algun treball ben fet, que és el mateix professional el que reacciona d'una forma diferent davant una mateixa malaltia segons el sexe. *S'asombren*. No s'ho creuen.

(Informant 7-H)





## **6. CONCLUSIONS**



Correspon a l'Institut Català de les Dones, segons l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, la funció d'elaborar i proposar les directrius sobre les polítiques de dones a Catalunya. L'articulació de les polítiques públiques i de compromís de la Generalitat de Catalunya per transformar i millorar la situació de les dones corregint situacions discriminatòries o inequitatives es desenvolupen mitjançant els Plans de polítiques de dones.

Els quatre primers Plans de polítiques de dones (de l'any 1989 fins al 2003) tenen com a objectiu introduir mesures per a la igualtat d'oportunitats entre homes i dones.

A partir del V Pla, s'introdueix, de manera explícita, la transversalitat de gènere en totes les polítiques, i es crea una comissió interdepartamental amb aquesta finalitat i per fer seguiment del Pla.

En relació a la integració del gènere al sistema sanitari, el V Pla d'acció i desenvolupament de les polítiques de dones a Catalunya (2005-2007) proposa les mesures per a aquesta incorporació amb l'objectiu de garantir que l'assistència sanitària tingui en compte la perspectiva de gènere. Les mesures previstes són: recollida de tota la informació sanitària en dades sensibles a les diferències en salut per raó de sexe; garantir que els estudis i treballs de recerca contemplin l'especificitat de la salut de les dones; donar visibilitat a les dones en els sistemes de recollida de dades; potenciar la realització de postgraus i màsters amb perspectiva de gènere, i introduir la perspectiva de gènere en els Plans de salut.

El VI Pla segueix les mateixes línies marcades per l'anterior Pla respecte a la integració de la perspectiva de gènere en el sistema sanitari català.

La major part de les accions de govern (que formen part del marc normatiu) que afecten les polítiques de dones, i que corresponen a l'acció del Departament de Salut s'han dut a terme majoritàriament l'any 2006. És durant aquest any quan es publica el Decret de creació dels Plans Directors i els seus Consells Assessors. A partir del 2006 fins al 2010 es produeix una davallada d'aquestes normatives. En relació als tipus d'accions, podem dir que les dues principals han estat, d'una banda, introduir el gènere com a determinant de salut en cada element regulador (ja siguin els plans, els programes, els protocols, etc.) i, d'altra banda, procurar la participació paritària en les diferents estructures organitzatives.

Amb aquestes mesures legislatives, constatem que, explícitament, queda palesa la voluntat política de la integració de la perspectiva de gènere en els Plans. La informació analitzada mostra, però, un afebliment de les mesures legislatives desenvolupades a partir del 2006.

Una vegada constatada la voluntat política per part del Departament de Salut del Govern de la Generalitat de Catalunya d'introduir la perspectiva de gènere en la primera fase d'una política pública i, després d'analitzar-ne les dimensions, que ha d'incloure les polítiques en perspectiva de gènere amb les expertes en polítiques públiques en relació a la salut, ens ratifiquem en els elements o dimensions proposats en la metodologia d'estudi. L'anàlisi realitzada ens permet ampliar el contingut de cada dimensió. Les dimensions que formen, doncs, la perspectiva de gènere queden confirmades com: visibilitat, ús del llenguatge escrit i visual no androcèntric ni sexista, transversalitat, participació i el gènere com a determinant de salut i els seus problemes. L'especificitat del sistema sanitari requereix que, a l'hora de parlar d'incorporació de la perspectiva de gènere, es faci referència també a la recerca i formació. Tal com s'explica en l'apartat de metodologia (capítol 2), aquestes dimensions també les vam incorporar a l'anàlisi.

A continuació presentem els resultats més rellevants de l'anàlisi efectuada. A partir d'aquesta informació podrem concloure si estan presents o no les dimensions analitzades en la política de Departament de Salut, i podrem acceptar o rebutjar les hipòtesis de partida. Ho indiquem un cop exposada la informació de l'anàlisi.

En relació a les dimensions o elements que han de ser presents en una política pública amb perspectiva de gènere, concloem que la **visibilitat de les dones** és el primer pas. D'aquesta manera, per planificar una política pública amb perspectiva de gènere cal disposar de dades per poder analitzar i fer visible la realitat social. És condició imprescindible, com remarquen totes les informants expertes (1r grup), desagregar totes les dades per sexe i que aquestes dades siguin vàlides. De manera contrària, estarem esbiaixant la interpretació de la realitat. Així doncs, un Pla no pot tenir un enfocament de gènere si no comencem per tenir les dades desagregades.

Respecte a aquesta mesura, en l'anàlisi que hem realitzat dels Plans Directors podem dir que les dades comencen a estar desagregades per sexe en relació a les morbiditats i mortalitats. Tanmateix, no totes les dades que es presenten en els Plans Directors analitzats estan desagregades per sexe. Segons els informants del Departament de Salut, aquest no disposa de mecanismes estables de revisió dels documents per portar a terme aquesta mesura.

Amb les dades desagregades tenim una descripció de la situació per sexes, però cal analitzar aquestes dades i creuar-les per poder realitzar una anàlisi explicativa i sistemàtica amb perspectiva de gènere. En l'anàlisi que hem fet dels Plans Directors hem trobat que no hi ha una explicació de les diferències trobades ni es realitza cap anàlisi en perspectiva de gènere per explicar-les. Podem concloure, tal com diuen les nostres expertes, que no es realitza una anàlisi explicativa de les diferències trobades

de la descripció de la situació de les dades desagregades, ni es construeixen indicadors de gènere.

En relació a l'**ús del llenguatge escrit i visual**, les nostres informants del 1r grup ens assenyalen que hauríem de ser molt curosos i curoses a l'utilitzar el llenguatge, ja que és una eina que vehicula els pensaments i incorpora valors; cal adaptar el llenguatge perquè no sigui discriminatori i visibilitzi totes les persones de la societat.

Arrel de l'anàlisi del 2n grup, podem concloure que els i les professionals directament relacionats amb el Departament de Salut són més conscients de la importància del llenguatge visual i escrit quant a la visibilitat de les dones i de no utilitzar un llenguatge sexista ni androcèntric que els altres professionals implicats en la redacció del Pla. El Departament no disposa de mecanismes estables de revisió perquè el llenguatge no sigui ni androcèntric ni sexista. Concloem que hi ha una escletxa en la importància que es dóna a la utilització del llenguatge no androcèntric ni sexista entre les persones redactores del Pla que formen part directament del Departament i els altres redactors entrevistats. En relació al llenguatge utilitzat en la redacció dels diferents Plans, podem afirmar que no és clarament androcèntric ni sexista, però sol utilitzar el masculí com a genèric.

En relació a la **transversalitat (mainstreaming)**, les expertes (1r grup) ens reafirmen que el gènere, com a construcció social, requereix polítiques transversals amb un esforç polític, econòmic i de recursos humans. En el disseny i la planificació per desenvolupar un marc normatiu en perspectiva de gènere es fan necessàries comissions interdepartamentals per poder treballar d'una manera transversal tots els departaments que estan involucrats en una política pública determinada, que faciliti l'intercanvi d'informació i el diàleg entre els diferents òrgans implicats i les persones que hi treballen.

Els i les informants del 2n grup d'anàlisi ens assenyalen la dificultat que presenta el fet de treballar transversalment amb altres Departaments. La transversalitat, des del Departament de Salut, es treballa mitjançant la Comissió Interdepartamental, liderada per l'ICD en relació al Pla de Polítiques de Dones 2008-2011.

Des del Departament de Salut es va crear el Grup Kyria com a òrgan assessor, format per professional de diferents disciplines; segons les informants que formen part del grup, tan sols es va constituir. Hi ha redactors del Pla Director de les Malalties Cardiovasculars (PDMCV) que no coneixen l'existència d'aquest grup.

En relació a l'anàlisi que hem fet del plans, concloem que els únics exemples que es mostren com a treball transversal en els plans és en el Pla Director d'Immigració. El PDMCV, objecte del nostre estudi, no mostra cap actuació transversal amb altres departaments, ni part dels redactors veuen aquesta necessitat.

Arrel de la IV Conferència Mundial de Nacions Unides sobre les Dones (Beijing 95), s'apunta la importància de la transversalitat en totes les polítiques, avancem com a hipòtesis explicativa la dificultat que presenta, posar en pràctica aquesta mesura.

En relació a la **participació**, com assenyalen les nostres informants expertes (1r grup), encara que s'hagin incorporat moltes dones al sistema sanitari, aquest fet no es reflecteix en un canvi. Les dues formes de discriminació que es donen en el treball productiu en relació al gènere també es produeixen dins del sistema sanitari: per una part, la discriminació horitzontal, perquè hi ha especialitats molts masculinitzades influenciades pels estereotips (cardiologia, cirurgia...) i, per l'altra, la discriminació vertical o "sostre de vidre", en relació a la carrera professional (caps de servei...).

La participació de les dones l'hem analitzat mitjançant el nombre de dones que formen part de les diferents comissions de redacció dels Plans. Les persones informants del Departament ens assenyalen que la paritat en les comissions és una mesura més teòrica que real. Arrel de l'anàlisi realitzat podem concloure que no s'ha tingut en compte la paritat de sexes en la participació en els equips de treball; observem que aquesta és molt desigual en els diferents Plans i grups de treball.

Encara que la Llei per a la igualtat efectiva de dones i homes assenjala que la participació en els poders públics ha de ser paritària, ens trobem lluny d'aquesta realitat. Existeixen dificultats per a la participació de les dones en la vida pública per poder parlar d'una societat paritaria. Alguns dels motius que apunten les expertes són els estereotips androcèntrics de molts dels professionals, que no veuen les dones com a expertes, i al poder de les xarxes masculines, que són molt potents, enfront de la feblesa de les xarxes de poder de les dones i que en l'imaginari encara perdura la major valorització dels homes.

Caldria aprofundir en nous estudis per cercar coneixement d'on radica la dificultat per assolir la paritat en la participació.

En aquestes conclusions volem assenyalar el que ens diuen les informants expertes en relació a la participació. Les dones busquen formes de participació alternatives, com poden ser les xarxes, que els permeten posar-se amb contacte amb altres dones per motius personals, professionals i de tot tipus. Remarquem la importància d'aquestes en l'actual moment històric i que suposa un canvi en els models de gestió.

En relació a la **formació**, com diuen les nostres informants expertes (1r grup), la invisibilització dels problemes de salut de les dones fruit de la visió androcèntrica en la formació de les ciències de la salut va formant estereotips en l'imaginari dels professionals. Assenyalen la importància d'incloure la perspectiva de gènere en la formació del pregrau en els estudis de les ciències de la salut, per evitar els biaixos

que es produeixen en la praxi professional en relació al gènere i la manca d'esforç terapèutic. Actualment, la formació que es dona es troba emmarcada dins del paradigma biològic i androcèntric.

Arrel de l'anàlisi del 2n grup, podem constatar que no s'ha realitzat cap tipus de formació en relació al gènere a les persones que han dissenyat i redactat el Pla.

Quant a la **recerca**, com diuen les expertes, l'objectiu és generar coneixements amb perspectiva de gènere per desconstruir el paradigma androcèntric en les ciències de la salut i incorporar el paradigma integral en la formació dels i de les professionals.

Assenyalen la importància d'incloure les dones en els assaigs clínics i altres estudis de salut. Els organismes de finançament de recerca haurien de promoure la recerca i ampliar-la en relació a la salut, a les dimensions biomèdiques, socials i ambientals, tot incloent les consideracions de gènere per pal·liar les desigualtats existents en relació al gènere.

Arrel de l'anàlisi del 2n grup, constatem que, des del Departament, no es contempla la recerca dins del PDMCV. La recerca que finança el Departament és recerca bàsica. Tots els i les informants veuen la necessitat de la recerca, ja que és l'única manera de contestar els dubtes generats i visibilitzar els problemes de salut i les seves causes, encara que algun informant dubti de la validesa dels estudis realitzats en altres indrets. No es contempla la recerca en el PDMVC.

En relació al **gènere com a determinant**, les nostres informants ens assenyalen la importància d'incloure els determinants de gènere si es vol prestar una atenció integral a les persones. Per esbrinar els factors determinats pel gènere en el procés salut-malaltia vinculats a factors estructurals de la societat i als propis de cada individu, cal fomentar l'estudi i la recerca des de la visió biopsicosocial de les persones.

Després de la bibliografia consultada, en relació a les MCV, destaquem l'informe "Enfermedad Cardiovascular en la Mujer, en España 2006", realitzat per la Sociedad Española de Cardiología (SEC) per encàrrec del Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). L'estudi posa en evidència el biaix en relació al gènere, amb el menor esforç diagnòstic i terapèutic que es realitza envers les dones en l'atenció de les MCV. La introducció de l'informe diu:

"No podem oblidar que la major part de l'evidència en què es basa l'actuació mèdica actual s'ha obtingut a partir d'estudis amb una major participació masculina."

L'informe assenyala: "En general, i sobretot en el camp de la síndrome coronària aguda (SCA) i en la insuficiència cardíaca (IC), les dones es veuen desafavorides en relació als homes en l'adopció de mesures diagnòstiques i terapèutiques recomanades, fet que pot influir en un pitjor pronòstic" (Sociedad Española de Cardiología. "Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Estudio de la situación en España. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política social, 2006).



Les guies de pràctica clínica sobre la prevenció de les MCV del grup de treball de la Societat Europea de Cardiologia dediquen un apartat a la prevenció de les malalties cardiovasculars en les dones (“Guía Europea de Prevención Cardiovascular”, 2008).

En múltiples estudis es posa en evidència les diferències epidemiològiques i en relació al gènere de les MCV entre homes i dones (Marrugat *et al.*, 1991; Marrugat *et al.*, 1998; Mosca *et al.*, 1999; Mosca *et al.*, 2004; Marrugat *et al.*, 2006; Rohlf, 2004; REGICOR, 1978-2008; Aguado-Romero *et al.*, 2006; Hernández, 2006; Wenger, 2006; Stramba, 2006; Heras, 2006; Bernal *et al.*, 2006; Tornos, 2006; Grau *et al.*, 2008, Cao *et al.*, 2010).

Arrel d'aquestes evidències, s'han creat grups com Go Red for Women, de l'American Heart Association; Women at Heart, de la Societat Europea de Cardiologia, i un grup de treball específic de MCV en les dones de la Sociedad Española de Cardiología.

La Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI) ha creat la Women in Innovationns (WIN), d'àmbit europeu i amb la participació de cardiòlogues de l'Estat espanyol.

En els diferents treballs citats anteriorment queda palès que existeixen diferències en relació al gènere i les MCV quant a:

- Característiques clíniques i etiològiques de la MCV.
- Perfil dels factors de risc (FR) cardiovascular.
- Realització de proves diagnòstiques.
- Mesures terapèutiques.
- Pronòstic.

L'estudi REGICOR (2008) assenyala: “Tot i que les taxes de mortalitat i d'incidència per IAM són més elevades en homes que en dones, la mortalitat després d'un IAM sembla pitjor en les dones que en els homes, fins i tot després d'ajustar per les diferències d'edat i comorbiditat entre els sexes.”

I continua: “Existeix consens en el fet que les dones amb insuficiència cardíaca (IC) presenten més comorbiditat (diabetis, HTA, obesitat...) que els homes, que presenten més el factor de risc del tabaquisme; les complicacions de l'infart agut de miocardi (IAM) i de la trombolisis són més freqüents en les dones.”

L'IAM se sol presentar en les dones amb una simptomatologia atípica: dolor o malestar als múscles o braços, o referit a la mandíbula, al coll o a l'espatlla; a vegades nàusees o molèsties a la zona alta de l'abdomen, i altres vegades en què, sense dolor, predomina el cansament, la falta d'aire o la suor freda. El quadre típic d'IAM és el descrit inicialment per als homes (Calvo, 2010).

Les dones amb CI tarden més a demanar assistència i arriben al centre sanitari 1 hora més tard de mitjana que els homes.

L'article sobre epidemiologia de les malalties cardiovasculars en la dona, conclou: "Cal un canvi d'actitud en tots els àmbits assistencials que permeti identificar precoçment les dones amb símptomes d'una síndrome coronària aguda, per accelerar el diagnòstic i augmentar l'ús de procediments diagnòstics i terapèutics de forma proporcional a la major gravetat que present l'IAM en les dones" (Marrugat, 2006).

Dins del risc psicosocial, cal destacar "els estils de vida i les condicions socioeconòmiques, que estan molt determinades pels condicionants de gènere. Existeix una relació inversa entre l'estatus social i el risc de les MCV. Aquest fet és especialment important si tenim en comte la feminització de la pobresa a Espanya, la incorporació al món laboral i la càrrega de treball que moltes dones suporten dins de la llar, a banda de l'adquisició d'hàbits com el tabaquisme, que abans estaven lligats exclusivament als homes" (Calvo, 2010).

Podem concloure que existeix el coneixement en relació a les MCV i el sexe/gènere a partir de les recerques realitzades, que hi ha consens pel que fa a la comunitat científica en aquest coneixement. Però, malgrat tots els esforços que es fan des de societats científiques, organitzacions estatals, internacionals i publicacions específiques per traslladar aquest coneixement a les polítiques sanitàries i a la seva implementació, si analitzem les respostes dels i de les nostres informants podem concloure que aquest coneixement no es tradueix en el Pla Director de les MCV. En la bibliografia general del PDMCV, no hi ha referenciat cap document en què es relacioni l'objecte del Pla amb el gènere. En l'apartat de propostes, de sis citacions només dues fan referència al sexe/gènere en relació a la mortalitat per IAM.

Arrel de l'anàlisi del 2n grup que ha format part en el disseny i elaboració del PDMCV amb diferents responsabilitats, observem que les persones entrevistades tenen coneixements sobre el tema, malgrat que existeix un gradient de més a menys, en relació al nivell d'implicació en l'elaboració del Pla.

Hem constatat que no s'ha subministrat, per part de la direcció del Pla, cap tipus de documentació de suport en relació al gènere i les MCV a les persones que constitueixen els diferents equips del Pla.

Tampoc no s'ha realitzat cap tipus de formació en gènere per a les persones que integren els diferents grups de treball, ni s'han incorporat als grups de treball persones expertes en formació de gènere.

No s'ha donat cap indicació específica per desenvolupar l'article 2.2 del Pla Director, que diu:

“En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats.”

Cap objectiu ni proposta del PDMCV fa referència al gènere respecte a les MCV.

Hi ha informants que han participat en el disseny del Pla que no veuen la necessitat d'introduir l'especificitat de gènere, com assenyala el DOGC.

Després de l'anàlisi realitzada, podem concloure que la voluntat política expressada en el Decret 28/2006 de 28 de febrer (DOGC 4584, de 2 de març) de creació dels Plans Directors i del seu Consell Assessor, no queda reflectida en aquests plans; observem que hi ha alguns elements que poden perfilar un inici en aquest sentit, com és la desagregació de les dades, però que aquestes no van acompanyades d'una anàlisi amb perspectiva de gènere.

En l'ús del llenguatge escrit i visual és un dels elements en què s'ha avançat, però per part del Departament de Salut no existeix revisió dels documents en aquest sentit.

Els altres elements que formarien part d'una política en perspectiva de gènere falta molt per poder-los assolir.

Després de la revisió i anàlisi documental i de l'anàlisi del grup d'expertes en polítiques públiques de gènere i salut (1r grup) i del grup de persones que estan implicades en el disseny i redacció del PDMCV, podem concloure que els Plans Directors, com a maquinària institucional que dissenya els mecanismes per assolir uns objectius vers els problemes o situacions determinades en relació a la salut, no tenen en compte la voluntat política explicitada en el marc normatiu d'integrar la perspectiva de gènere. Per tant, acceptem les dues primeres subhipòtesis de la nostra recerca.

1. En el procés de desenvolupament de les polítiques públiques en el sistema sanitari català la perspectiva de gènere està present en el compromís polític i en el marc normatiu.

2. La perspectiva de gènere del marc normatiu del sistema sanitari català es tradueix parcialment en el disseny del plans directores que operativitzen les prioritats del Pla de Salut de Catalunya.

Volem esbrinar les dificultats per passar de la primera fase de les polítiques públiques (normativa) a la segona fase (disseny), en aquest cas del PDMCV.

En relació a les dificultats per a aquesta integració, les expertes del 1r grup conclouen, tal com hem constatat, que la integració de la perspectiva de gènere en la política pública requereix voluntat política en tot el procés de les polítiques públiques, no tan sols en la normativa. Manquen mecanismes, com són el coneixement de les lleis per part de les persones que dissenyen i redacten els Plans, la formació en perspectiva de gènere dels redactors i redactores dels Plans i la manca de recursos per fer realitat aquest compromís polític. Es relativitza la importància d'integrar la perspectiva de gènere en les polítiques públiques i en la realitat no es prioritza, o no se sap transmetre des de les altes instàncies als que dissenyen i redacten els Plans la importància que té vers la igualtat i la qualitat d'atenció.

Les nostres informants no dubten de la voluntat política, però manifesten que tan sols es prioritza sobre el paper i no es posen els mecanismes per poder fer realitat la voluntat política. Assenyalen que cal canviar el paradigma biomèdic cap a un paradigma integral (biopsicosocial) i que per a això fa falta formació des del pregrau.

També assenyalen la necessitat de crear observatoris per vetllar i seguir la trajectòria dels canvis introduïts i posar en evidència la realitat existent.

Les nostres informants assenyalen que la llei està formulada, però que falten els plans d'actuacions adequats, que queda molt de camí per recórrer i que existeix el risc de retrocés.

Les persones que han participat en l'elaboració del Pla ens diuen que la integració de la perspectiva de gènere és difícil perquè és un tema transversal. Reconeixen que no hi va haver cap indicació específica per integrar la perspectiva de gènere al PDMCV. Consideren que la integració depèn de la voluntat dels professionals, i que aquest és un valor afegit a la qualitat assistencial. No ho consideren una prioritat.

Després d'analitzar el que ens diuen les expertes i les opinions del grup de redacció del PDMCV en relació a les dificultats per integrar la perspectiva de gènere en el PDMCV, podem concloure que no s'estableix cap mecanisme per fer efectiu el trasllat del coneixement existent actualment en relació a les MCV i el gènere al Pla Director; tampoc no existeixen observatoris que vetllin perquè la voluntat política expressada a la norma queda reflectida en els posteriors documents per desenvolupar-la i facilitar-ne la implementació.

Existeix una escletxa entre la normativa i la part operativa que disposa el Departament per desenvolupar la norma, que es podria recuperar amb l'avaluació dels Plans i posterior revisió.

La tercera fase de desenvolupament de les polítiques públiques és la implementació i la gestió. Es tracta d'incloure a l'atenció sanitària les intervencions dissenyades en la fase anterior per poder dur a terme la voluntat política expressada a la normativa.

Després de l'anàlisi de les entrevistes efectuades al grup format per professionals que implementen el PDMCV a les TTE (3r grup) podem extreure algunes conclusions.

En relació a si s'observen diferències entre les dones i els homes en les MCV, les i els nostres informants mostren diversitat d'opinions. En quant a les diferències en la percepció de la malaltia, en rebre la informació i els tractaments dels problemes cardiovasculars, alguns assenyalen que les dones són més metòdiques i s'adhereixen millor al tractament. Altres pensen que les dones estan preocupades pel seu problema, però es cuiden menys, perquè estan més pendents dels altres. Alguns i algunes remarquen que les diferències són més notables per edat que per sexe.

La majoria observen diferències entre les dones i els homes respecte a l'edat de presentació de les MCV; en les dones succeeix en edats més avançades.

La majoria ens presenten i destaquen la dona com a cuidadora de la persona de l'entorn familiar amb problemes cardiovasculars, més que com a persona malalta. Aquest fet pot ser un element vers la invisibilitat de les dones en relació a les MCV, ja que, quan els preguntem per les dones com a subjectes de la malaltia, en les seves respostes es refereixen a les dones com a cuidadores de persones amb problemes cardiovasculars de l'entorn familiar.

Els i les informants que desenvolupen el seu treball a l'hospital assenyalen, en fer referència a factors de risc de les MCV, factors biològics com són els clàssics (HTA, colesterol...), però, tanmateix, no veuen la diferència d'aquests factors en relació al sexe/gènere: l'únic que assenyalen com a factor diferencial és l'efecte protector dels estrògens en l'època fèrtil de les dones.

Els i les informants que desenvolupen la seva activitat en APS ens parlen, a part dels factors biològics, d'altres elements relacionats amb el gènere com el fet que haver de tenir cura d'altres persones (activitat pròpia de les dones) es pot considerar un factor de risc important per la càrrega que suposa i les activitats que es deixen de fer (treball productiu, caminar, sortir...). Consideren l'estrès i l'ansietat que pateixen moltes dones cuidadores com a factor de risc.

Després de l'anàlisi efectuada, podem concloure que observem diferències en els coneixements i actituds, en relació a les MCV i el sexe/gènere, en els relats dels i les informants. Un dels elements pot estar en relació amb el nivell d'atenció sanitària, ja

que els professionals de l'Atenció Primària mostren més sensibilitat cap als elements de gènere i psicosocials que els treballadors d'hospitals.

En relació a la **invisibilitat** de les dones com a persones amb problemes cardiovasculars, la descriurem en dues parts. En la primera veurem si els i les professionals pensen que les dones es veuen com a persones que poden patir aquest tipus de problemes o no (la invisibilitat de les pròpies dones a veure's com a malaltes potencials de les MCV), i, en la segona, si els professionals tenen una baixa percepció del risc que poden tenir les dones a patir MCV (invisibilitat dels professionals a veure les dones com a malaltes o candidates a patir MCV).

Els i les professionals pensen que les dones tenen una baixa percepció de risc de les MCV. L'explicació que donen és que les dones més grans relacionen els factors de risc cardiovasculars amb els estils de vida masculins (consum de tabac i alcohol) i les joves pensen que tenen protecció hormonal. Alguns ho relacionen amb l'educació rebuda per les dones. Hi ha informants que no observen el desconeixement de les dones en relació als factors de risc de les MCV o com a potencials malaltes d'aquesta patologia.

Altres opinen que les dones no es veuen com a malaltes d'aquests problemes, amb la qual cosa minimitzen la percepció de la malaltia. La majoria està d'acord que aquesta invisibilitat per part de les dones com a malaltes cardíacs influeix en el retard a l'hora de demanar ajuda. Altres apunten la relació d'aquesta tardança, quan es presenta un problema cardíac, amb el rol de la dona com a sustentadora familiar, que primer ha de realitzar les funcions pròpies de rol (com poden ser cobrir necessitats de la seva família) i després acudir a urgències.

En relació a la baixa percepció del risc per part dels professionals, hi ha un professional que ho atribueix al fet que les dones no expliquen la simptomatologia com els homes i que la clínica que tenen interioritzada els professionals no és la que expliquen les dones. Aquestes reflexions es relacionen amb el caràcter androcèntric de la formació dels i les professionals. Hi ha professionals que diuen que ells o elles també formen part de la societat i que comparteixen aquest imaginari col·lectiu referent a les MCV.

A la nostra societat hi ha presents una sèrie d'estereotips en relació a les MCV que creen imaginari col·lectiu, com són les afirmacions següents:

“Els que moren de les malalties del cor són els homes”.

“Les dones acudeixen més als serveis sanitaris per dolències inespecífiques”.

“Solament les dones grans moren d'IAM”.

“El risc de patir un IAM està relacionat amb els estils de vida masculins”.

“Les dones estan protegides de l'IAM per les hormones”.

La major part de les i els informants pensen que aquesta invisibilitat pot estar influenciada per aquests estereotips presents a la nostra societat en relació a les MCV i que els mitjans de comunicació contribueixen a crear l'imaginari col·lectiu que les MCV són més pròpies d'homes que de dones.

En relació a la invisibilitat de les dones quant a les MCV, observem diferències en les opinions dels i les nostres informants. La majoria estan d'acord en la baixa percepció del risc per part de les dones, en part a causa de l'imaginari col·lectiu que associa les MCV amb el sexe masculí i en la protecció hormonal de les dones en edat fèrtil; en alguns casos es manifesta molt clarament la formació androcèntrica sobre les MCV.

En relació a l'atenció a les persones amb MCV, després d'analitzar les respostes dels i les professionals (3r grup) concloem que hi ha una manca d'informació de tot el circuit d'atenció de les persones amb problemes cardiovasculars d'uns nivells d'atenció vers els altres.

Quant a les activitats que es porten en l'àmbit comunitari i local, observem que hi ha professionals que les coneixen i que hi participen, i altres que no.

Cap dels i les nostres informants coneix l'existència del grup Kyria, òrgan transversal, assessor i validador de les polítiques de gènere elaborades pel Departament de Salut.

Pel que fa al coneixement del PDMCV, tan sols dues de les persones entrevistades el coneixen; per tant, podem dir que la majoria no coneixen el PDMCV. En relació a la falta d'informació, les i els entrevistats remarquen que una gran quantitat de material generat pel Departament de Salut està penjat a la web, però que en realitat no els arriba. Per tant, no coneixen l'article on figura que les funcions del Pla Director es faran seguint la variant del gènere, tenint en compte l'especificitat de les dones.

Els i les professionals entrevistats no han rebut cap indicació per part de les persones responsables del desplegament del PDMCV en relació a la integració del gènere.

Destaquem la desinformació que hi ha entre els professionals de les unitats i programes que funcionen al territori en relació al PDMCV; tan sols les persones implicades o que han demanat informació les coneixen.

En relació a la **RECERCA**, no hi ha unanimitat en l'opinió dels i les informants quant a la desagregació de les dades per sexe en les recerques.

Després d'analitzar les respostes, podem concloure que hi ha diversitat d'opinions en relació a la recerca del gènere i les MCV. Les i els entrevistats coincideixen en els biaixos de molts assaigs clínics en relació a l'edat, el sexe i les teràpies medicamentoses. Hi ha persones dels nostres entrevistats/des que participen en la recerca d'assaigs clínics i continuen reproduint aquests biaixos, en relació a la selecció de persones pel que fa al sexe i l'edat, sense ser conscients d'aquest fet.

Segons ens relaten els nostres informants, no es compta amb un registre de dades fiables i desagregades unificat en relació als IAM, i aquest fet dificulta qualssevol tipus de recerca d'àmbit general.

Les diferències epidemiològiques que mostren els estudis en relació a les MCV i el sexe les atribueixen a la biologia diferent d'homes i dones, al factor protector hormonal per a les dones (un informant relata que el problema és la menopausa) i un altre informant l'atribueix a la diferència biològica o a algun factor de confusió.

Quant a la realització de recerques de gènere en relació a la salut i els seus problemes, ens assenyalen que no és una qüestió prioritària a l'hora de plantejar-se una recerca i que a les bases de dades tampoc no hi ha massa estudis d'aquest tipus.

Pel que fa a la **formació en gènere** en la formació pregraduada que van cursar, no hi havia present la perspectiva de gènere. Els cursos promoguts per la Institució en relació al gènere, en l'Atenció Primària, han anat dirigits a la formació en relació als protocols sobre la violència masclista, mutilacions genitals femenines i, últimament, la fibromialgia, però no en relació a les malalties cròniques.

Podem concloure que les i els nostres informants no han rebut formació en relació al gènere, la salut i els seus problemes generals, ni tampoc sobre el gènere i les MCV.

En relació al coneixement de les polítiques del Departament de Salut quant a la inclusió de la perspectiva de gènere dins del sistema sanitari, cap dels i les nostres informants són coneixedors/es de les línies del Departament de Salut per integrar la perspectiva de gènere dins del sistema sanitari.

Quant a la integració del gènere en la praxi professional, després d'analitzar els discursos dels i les nostres informants podem concloure que n'hi ha que no veuen diferències entre homes i dones i, per tant, no veuen la necessitat d'integrar la perspectiva de gènere.

Entre els i les que veuen aquest fet diferencial, n'hi ha que no el tradueixen després a la praxi. Refereixen que els protocols són iguals per als dos sexes, que no hi ha indicacions específiques a les guies i la manca de coneixements sobre el tema. Hi ha professionals que sí que comencen a tenir en compte alguns aspectes del gènere en la seva praxi. Coincideixen molts i moltes que aquesta integració depèn de cada professional, que està relacionada amb les afinitats i sensibilitats de cadascú, i aquestes en l'adquisició d'uns coneixements determinats. Un informant ens assenjala que les malalties que no són pròpies de cada sexe generalment es veuen asexuals i que no es tenen en compte les especificitats de cada sexe.



En relació a les dificultats per integrar el gènere en la pràctica professional, després d'analitzar les respostes podem concloure que són: la manca de formació des del pregrau; l'androcentrisme de les ciències de la salut, com qualsevol altra ciència; l'edat d'alguns professionals, i la dificultat d'integrar el gènere en un context social en què la sensibilitat de gènere no hi és present.

No hi ha relació entre el sexe dels i les nostres informants i les opinions que expressen sobre la integració del gènere en la praxi professional.

En relació a la manca de formació, des del sistema sanitari no s'ha promogut la formació en gènere com a eina principal per transmetre el coneixement existent en relació al gènere, la salut i els seus problemes, i, en el cas que ens ocupa, les MCV, per facilitar el canvi d'actitud de molts professionals.

Per fer front a aquesta situació de manca de formació específica, caldria integrar el gènere en la formació del pregrau en les ciències de la salut. Per garantir que tot l'alumnat adquireix els coneixements, el model més adient seria com a assignatura troncal dins del currículum. Formarien part d'aquesta formació: el concepte de gènere, la construcció social del gènere, la relació del gènere amb la salut i els seus problemes, i el coneixement de les polítiques d'igualtat.

A més a més, caldria introduir la perspectiva de gènere d'una manera transversal en totes les temàtiques d'estudi.

L'androcentrisme existent en la pràctica professional pot estar influït per la formació rebuda i les dinàmiques socials existents, que han creat un imaginari col·lectiu en relació a les MCV. Per deconstruir i canviar aquest imaginari col·lectiu cal formació, recerca i difusió dels resultats de les recerques. Fem nostres les conclusions de l'*Informe sobre MCV en la dona*, de la Sociedad Española de Cardiología, que diu: "Cal que les oportunitats de millora passin per campanyes dirigides a les dones que apostin per la conscienciació que la cardiopatia isquèmica és una malaltia que afecta d'una manera molt important les dones, com d'altres ja incloses en la mentalitat preventiva de la dona, com el càncer de mama. Per altra part, sembla necessari engegar programes que canviïn l'actitud de tots els àmbits assistencials per millorar la identificació precoç de la síndrome coronària aguda en la dona, i aconseguir l'optimització en la pràctica real del seu tractament d'acord amb les recomanacions de les guies de les diferents societats científiques. Aquests programes i campanyes també cal que emfatitzin amb la resta de patologies relacionades amb la cardiopatia isquèmica, com la IC i la HTA, entre d'altres" (Sociedad Española de Cardiología, 2006).

La integració de la perspectiva de gènere no es veu com un fet estructural dins de l'atenció integral de les persones, sinó més aviat com un element de qualitat assistencial relacionat amb la sensibilitat d'alguns/es professionals sobre el tema.

Hi ha professionals que no veuen la necessitat d'integrar la perspectiva de gènere; aquest pot estar relacionat amb el paradigma de la seva formació.

Volem assenyalar l'escletxa que existeix entre els i les professionals del Departament que dissenyen les polítiques sanitàries i els i les professionals que les duen a terme. No n'hi ha prou en penjar els documents elaborats a la pàgina web si realment es pretén que arribin als professionals per poder-les implementar amb èxit.

En les conclusions que hem tret, després de l'anàlisi del grup format per professionals que implementen el PDMCV a les TTE, podem acceptar la tercera subhipòtesi de la nostra recerca:

3. La perspectiva de gènere no està sempre present en la implementació de la política sanitària en el sistema sanitari català.

I, d'aquesta manera, també acceptarem la hipòtesi general que ha guiat la nostra recerca:

“En el sistema sanitari català, la perspectiva de gènere està present en el compromís i en el marc normatiu, però no arriba amb igual intensitat a tot el procés de desenvolupament de les polítiques públiques.”

Després d'haver estudiat i analitzat tot el procés que segueixen les polítiques públiques en relació a la igualtat que porta a terme la Generalitat de Catalunya, i fixant l'objecte d'estudi en la integració del gènere al sistema sanitari i, dins d'aquest, en el PDMCV, i després d'haver acceptat la hipòtesi general que ha guiat la nostra recerca, volem assenyalar que, en el sistema sanitari català i en el cas estudiat, es donaven les condicions objectives per poder integrar la perspectiva de gènere en un grau major del que s'ha integrat, ja que hi havia la voluntat política de fer-ho: però, tanmateix, aquesta s'ha transmès molt parcialment en el disseny del PDMCV.

Comença a haver-hi desagregació de dades, encara que no ho estan totes i no se'n realitza una anàlisi amb perspectiva de gènere. L'ús del llenguatge escrit i visual comença a canviar. En el disseny i grups de treball del Pla hi participen dones, però estem lluny de la paritat. No queda reflectit tot el coneixement existent sobre aquest problema de salut i la seva relació amb el gènere en el Pla, ni tampoc es treballa d'una manera transversal; no es formula cap objectiu ni proposta en relació al gènere.

En conclusió, no es van posar les eines perquè la voluntat política quedés reflectida en el Pla, com podria ser: la formació en gènere de les persones que participen en el disseny del Pla, la participació en el disseny del Pla de persones expertes en gènere, la revisió i utilització de les recerques sobre el tema, recomanacions de les societats professionals (Sociedad Española de Cardiología, Comitè per a l'Elaboració de Guies

de Pràctica Clínica de la Societat Europea de Cardiologia) i de l'OMS per integrar la perspectiva de gènere als sistemes sanitaris, l'existència d'observatoris que vetllin per la integració de la perspectiva de gènere en tot el procés de disseny i implementació d'aquesta perspectiva en les polítiques públiques.

La majoria dels i les professionals no coneixen el Pla, ni tenen indicacions per implementar-lo. La integració de la perspectiva de gènere a la pràctica professional depèn de la sensibilitat de cada professional.

Ens preguntem si aquesta forma de funcionar per a un Pla com aquest és efectiva per aconseguir els canvis desitjats, o tot queda en el mateix redactat. Caldrà veure si se n'avalua el seguiment i s'introdueixen els canvis per aconseguir que la voluntat política d'integrar la perspectiva de gènere en el sistema sanitari es pugui reconduir i no quedi exclosa per falta de recursos.

Tal vegada el sistema sanitari, en aquest moment històric que vivim, tal com assenyalen les expertes en polítiques públiques de gènere i salut (1r grup), hauria de buscar formules de participació i donar veu a les xarxes existents a la societat, ja que, com hem vist, és una formula de participació molt pròpia de les dones.

## **BIBLIOGRAFIA**



## BIBLIOGRAFIA <sup>1</sup>

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Superar l'Ictus. Guia adreçada a les persones afectades d'una malaltia vascular cerebral i als seus familiars i cuidadors. Barcelona 2005.

Aguado-Romero Maria J, Marquez-Calderon Soledad, Buzon-Barrera Maria L. Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía. Revista Española de Cardiología 2006; 59(8):785-93.

Amo Alfonso ,Mercedes. Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales de Salud.Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008

Amorós, Celia. Historia de la teoría feminista. Madrid:Universidad Autonoma de Madrid;1994.

Aldasoro, Elena, Calvo M, Esnaola S, Hurtado dS, Alonso E, Audicana C et al. . Gender dfference in early reperfusion treatment after myocardial infarction. Med. Clin Barcelona 2007;128:81-85.

Alonso Fernando, Bermejo Javier, Segovia Javier. Enfermedades cardio vasculares en la mujeres: ¿Por qué ahora? Revista Española de Cardiologia 2006; 59(3):259-63

Atxotegui, Joseba. Emigrar en el siglo XXI: el Síndrome del emigrante con éstres crónico, múltiple y extremo (Síndrome de Ulises). Revista Mugak 2001; 32. disponible <http://revista.mugak.eu/articulos/show/340>

Artazcoz Lucia, Borell Carme, Rohlfs Isabela, Beni C, Moncada A, Benach Joan. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gaceta Sanitaria 2001; 15(2): 150-153

Artazcoz, Lucia, Borrell Carme, Benach, Joan. Gender inequalites in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health 2001; 55:639-47

---

<sup>1</sup> Hem considerat oportú, referenciar el nom propi de les persones autores de la bibliografia consultada per poder visualitzar fàcilment l'autoria segon el sexe.

Artázcoz Lucia, García-Calvente Maria del Mar, Esnaola S, Borell Carme, Sanchez-Cruz JJ, Ramos JL, et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: Cabasés JM, Villabí JR, Aibar C, editores. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002. Valencia: SESPAS,2002

Artazcoz Lucia, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajo y salud en España. Gaceta Sanitaria 2004;18(2):24-35

Artázcoz Lucia. La salut des de la sensibilitat de gènere. Barcelona: Institut Català de les Dones. Quadern de l'Institut núm. 2. 2005

Astelara, Judith. Veinte años de igualdad. Madrid: Cátedra.; 2005.

Barral Mª Jose, Magallón,Carmen, Miqueo Consuelo, Sanchez Mª Dolores. Interacción ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres. Barcelona: Icaria;1999

Berg MJ, 1997.Does Sex Matter?: Gender Analysis: US Regulatory. 1997. Disponible: [http://www.medscape.com/viewarticle/443054\\_5](http://www.medscape.com/viewarticle/443054_5)

Berger, J.S., Roncaglioni M. Avanzini F, et al Aspirin fort he prymary Preventionn of Cardiovascular Events in Women and Men JAMA 2006;295(3):306-314

Bernal Oscar, Moro Concepción. Arritmias cardiacas en la mujer. Revista Española de Cardiologia 2006;59(6):609-18

Blanco P, Ruiz-Jarabo C, La prevención y deteccción de la violència contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Madrid; 2002

Benería L,. Reproducción, producción y división del trabajo. Mientras tanto 1979. nº15

Bericat, E. La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Barcelona :Ariel Sociologia;1998

Borell Carme, Rohlfs Izabella, Artazcoz Lucia, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Como influye el tipo de medida de la clase social?. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (2):75-84

Borell Carme, García-Calvente Maria del mar, Martí-Boscà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria. 2004;18(1):2-6

Borell Carme, Artazcoz Lucia (coord). Investigación en género y salud. 5a. Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. 2007

Borell Carme ,Artazcoz Lucia. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta sanitaria 2008; 22(5):465-73

Borderias Mondejar Cristina, Carrasco Bengoa Cristina, Alemany Carmen., Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales.Barcelona: Icaria;1994

Braidotti R. The uses and abuses of the Sex/Gender Distinction in European Feminist Practices. En Griffin G and Braidotti R. Thinking Differently. A reader in European Women's Studies. London: Zed Book 2002

Brugulat Pilar, Séculi E, Fusté J. Estado de salud y género en Catalunya. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. Gaceta Sanitaria. 2001;15(1): 54-60

Bustelo Maria. Diferencias entre evaluación y investigación: una distinción necesaria para la identidad de la evaluación de programas. Revista Española de Desarrollo y Cooperación 1999;(4):9-29.

Bustelo Maria, Lombardo Emanuela. Los marcos interpretativos de las políticas de igualdad en Europa: El proyecto Mageeq. II Jornadas sobre políticas de igualdad y mainstreaming de género: Mageeq; 2005 Cerc. Diputació de Barcelona

Bustelo Maria, Lombardo Emanuela. Política de igualdad en España y en Europa. Madrid: Ed. Cátedra (feminismos); 2007

Butler Judith. En El género en disputa. Feminismos y la subversión de la identidad. Buenos Aires: Paidós;1990

Butler Judith. Cuerpos que importan. Buenos Aires:Paidós;2008

Campoamor, Clara. El voto femenino y yo. Reedición Biblioteca Pensamiento critico. Madrid: Diario Público; 2010

Callejo J. El grupo de discusión: Introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ariel Practicum; 2001



Carbajosa Dalmau Jose, Llorens pere, Diéguez Zaragoza Santiago, Carratalà Perales José Manuel, Díaz Dámaso Javier, Martinez Belouqui Elena i et al. Influencia del sexo en el manejo del síndromes coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencia. *Emergencias* 2011; 23:87-92

Cao Torija María José, Castro Alija María José, Santo Tomas Perez Magdalena. Enfermedades Cardio vasculares: Problemas de salud en las mujeres. En *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. Universidad de León 2010; N°5: 185-217

Carrasco Cristina. Estadístiques sota sospita. Institut Català de les Dones. Generalitat de Catalunya.Barcelona;2006.

Calvo Isabel. Situación en España de las enfermedades cardio vasculares en la mujer. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Abril 2010. *Viure en Salut* nº 84.

Castells Manuel. Subirats Marina. Mujeres y hombres ¿un amor imposible?. Madrid: Alianza Editorial;2007.

Catalunya. Llei 11/89 de 10 de Juliol, creació de l'Institut Català de la Dona. *Diari Oficial Generalitat Catalunya*, de 12 de juliol de 1989 núm. 1167

Catalunya. Llei 15/1990 de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya. *Diari Oficial Generalitat Catalunya* de 26 de novembre de 1990, núm.1324

Catalunya. Llei 4/2001, de 9 d'abril, de modificació de l'apartat 2 de l'article 63 de la Llei 13/1989, del 14 de desembre, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya. *Diari Oficial Generalitat Catalunya* de 19 d'abril de 2001 ,núm. 3371

Catalunya. Decret 27/2006 de 28 de febrer. Pel qual es crea El Pla Director d'Oncologia i el seu Consell Assessor. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* de 2 de març de 2006. núm. 4584.

Catalunya. Decret 28/2006 de 28 de febrer. Pel qual es crea El Pla Director de l'Aparell Circulatori i el seu Consell Assessor. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* de 2 de març de 2006. núm. 4584.

Catalunya. Decret 30/2006 de 28 de febrer. Pel qual es crea El Pla Director de Salut Mental i Addiccions i el seu Consell assessor, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* de 2 de març de 2006. núm. 4584.

Catalunya. Resolució ASC/437/207 de 5 de febrer per la qual es dona publicitat a l'acord de Govern de la Generalitat de Catalunya de 14 de març de 2006

Catalunya Decret 39/2006 de 14 de març. Pel qual es crea El Pla Director Sociosanitari i el seu Consell Asesor. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* de 16 de març de 2006. núm. 4594.

Catalunya. Decret 40/2006 de 14 de març. Pel qual es cre El Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut i el seu Consell Assessor *Diari Oficial Generalitat Catalunya*. 16 de març de 2006, núm. 4594

Catalunya. Decret 306/2006 de 20 de juliol pel que es dona publicitat a la Llei orgànica 6/2006 de 19 de juliol, de reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya. *Diari Oficial Generalitat Catalunya*. De 20 de juliol de 2006, núm. 4680

Catalunya Decret de 28 de febrer de 2006. Aprovació dels Plans directors 2005-07. *Diari Oficial Generalitat Catalunya*. Núm. 4689 de 2 d'agost de 2006. Disponible: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir491/index.html>. (última revisió 25-9-2008).

Catalunya. Decret 572/2006, de 19 de desembre. Reestructuració parcial del Departament d'Acció Social i Ciutadania. *Diari Oficial Generalitat Catalunya*, 21 de desembre 2006, núm 4785

En: <http://www20.gencat.cat/portal/site/icdones/menuitem.cd59b061552b62b439a72641b0c0e1a0/?vgnextoid=ac1c87e287b8d110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=ac1c87e287b8d110VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>, (última revisió 19 de novembre de 2011).

Catalunya. Resolució ASC/437/2007 de 5 de gener. Pel qual es dóna publicitat a l'Acord de Govern de 14 de març de 2006. *Diari Oficial Generalitat Catalunya* de 26 de febrer de 2007.

Catalunya. Llei 5/2008 de 24 d'abril . Del dret de les dones a eradicar la violència masclista. *Diari Oficial Generalitat Catalunya*, 2 de març 2008, núm 5123

Catalunya. Llei 18/2009 de 22 d'octubre de 2009. De salut pública. *Diari Oficial Generalitat Catalunya*, 30 d'octubre de 2009 núm. 5495

Catalunya. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya del 15 de març de 2011. Exclusió del projecte de llei per a una Nova Ciutadania i per a la igualtat entre Dones i Homes

Carrizo Silvia, Luberiaga Janira, Ronquilli Soraya. Mujeres Inmigrantes: De la invisibilidad a la presencia .Primer aporte a la reflexión desde la Asociación Malen Etxea. 2005. Disponible: <http://www.malenetxea.org/documentos>.

Consejo de Europa. Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de “buenas prrácticas”. Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming. Instituto de la mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Serie documentos, nº 28, Madrid, 1999

Consejo de la Unión Europea. Diario Oficial. Conclusiones del Consejo sobre la salud de las mujeres. (2006/C146/02) de 22 de junio de 2006.

Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston. Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Barcelona: ICARIA; 1982.

Coller, X. Estudios de casos. Cuadernos metodológicos del CIS, Madrid; 2000

Collière Marie Françoise. Promover la vida. Madrid:McGRAW-HILL / Interamericana de España; 1993

Dawber TR. The Frammingham Study. The Epidemiology of Atherosclerotic Disease. Cambridg: Harvard University Press; 1980

De Cabo Gema, Henar Leticia, Calvo Maria. Análisis de la perspectiva de género en alguna estadísiticas españolas y propuestas de mejora. Instituto de la Mujer. Madrid; 2009

Delgado A, Salud y género en las consultas de atención primaria. Atenció Primaria 2001; 27(2): 75-78

Delgado A, López-Fernandez L, Luna JD. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. Atención Primaria 2001;28(4):27-34

Delgado A. Lopez-Fernandez L. Pràctica profesional y género en atención primaria. Gaceta Sanitaria. 2004;18(19). 112-117

Delgado, J.H., Gutierrez , J. Métodos y técnicas cualitativas de la investigación en ciencias sociales. Madrid:Síntesis;1999

Duch Plana Montserrat. Edició a cura d'Inma Pastor. En: Cent anys de dones a la universitat. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2011

Enhrenreich B, English D. Brujas, comadronas y enfermeras. Barcelona: laSal; 1981

Escribá Agüir V. Trabajar fuera de casa. ¿Mejora la salud de la mujer?. Medicina Clínica. 1997;108:580-1

España. LEY 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín oficial del Estado*, 24 de abril de 1986, núm. 101

España. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias *Boletín oficial del Estado* de 22 de noviembre de 2003, nº 280

España. ORDEN PRE/525/2005 de 7 de marzo. Ministerio de la Presidencia. *Boletín Oficial del estado* del 8 de marzo de 2005, nº 57

España. LEY 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín oficial del Estado* de 23 de marzo de 2007, nº 71

España. LEY 3/2011 de 1 de junio de 2011, de ciencia tecnología e innovación. *Boletín Oficial de l'Estado* de 2 de junio de 2011, nº 131.

Esteban Mari Luz . El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernandez T y Yago. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva; 2001

Fiol Miguel, Cabades Adolfo, Sala Joan, Marrugat Jaume, Elosua Roberto, Vega Gema et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA. Revista Española de Cardiología 2001;54:443-452

Frankenhauser Marianne, Lundberg ulf Chesney Margar (eds). Women, Work and health. Stress and opportunities. New York: Plenum Press; 1991

Garcia Calvente Maria del Mar, Jimenez Rodrigo Maria Luisa, Martinez Morante Emilia. Informe de revisión de guías sobre la incorporación de la perspectiva de género a las políticas de investigación en salud. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Escuela Andaluza de Salud Pública 2005.

Garcia Calvente Maria del Mar , Jimenez Rodrigo Maria Luisa, Martinez Morante Emilia. Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM).

Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2008

Garcia Calvente Maria del Mar, Jimenez Rodrigo Maria Luisa, Martinez Morante Emilia. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud 2010.

García Calvente Maria del Mar, del Rio Lozano María, Marcos Marcos, Jorge. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. Gaceta Sanitaria 2011;258s9:100-107

Garcia-Moreno,C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for population and Development Studies 2000.

Garcia Prince Evangelina. Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming. ¿De qué estamos hablando?: Marco Conceptual.Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD). San Salvador 2008.

García - Sanchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. Gaceta Sanitaria 2004; 18(2): 47-58

Garí Aitana. Hablamos de salud. Instituto de la Mujer. Serie Lenguaje nº 5; Madrid 2006

Gayle Rubin. El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política "del sexo". Nueva antropología, Vol VIII, n º 30, Mèxic 1986. Publicació original: "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy 'of Sex ", in Rayne Reiter, ed., Toward an Anthropology of Women, New York: Monthly Review Press; 1975

Generalitat de Catalunya. Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 1989-1992. Barcelona:Comissió Interdepartamental de Promoció de la Dona;1989.

Generalitat de Catalunya. Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 1994-1996. Barcelona: Institut Català de la Dona;1994.

Generalitat de Catalunya. III Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 1998-2000. Barcelona: Institut Català de la Dona;1998.

Generalitat de Catalunya. IV Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 2001-2003. Barcelona :Institut Català de la Dona; 2001.

Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2003

Generalitat de Catalunya, Marcar les diferències: la representació de dones i homes a la llengua. Criteris lingüístics, nº6. Barcelona: Departament de la Presidència; 2005

Generalitat de Catalunya. Informes d'impacte de gènere. Barcelona: Institut Català de les Dones;2005

Generalitat de Catalunya. Grup Kyria. Departament de Salut. Disponible: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1954/doc9689.html>

Generalitat de Catalunya. V Pla d'acció i desenvolupament de les polítiques de dones a Catalunya (2005-2007). Barcelona: Institut Català de les dones;2006.

Generalitat de Catalunya. Llibre blanc. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins de l'atenció primària. Barcelona:Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública; 2006

Generalitat de Catalunya. Pla director sociosanitari. Barcelona: Departament de Salut; 2006.

Generalitat de Catalunya. Pla director de salut mental i addicions. Departament de Salut. Barcelona 2006.

Generalitat de Catalunya. Pla director d'oncologia. Barcelona: Departament de Salut; 2006.

Generalitat de Catalunya. Pla director de les malalties de l'aparell circulatori. Barcelona: Departament de Salut;2006

Generalitat de Catalunya. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. Barcelona: Departament de Salut;2006.

Generalitat de Catalunya. Pla director d'oncologia 2008-2010.(Esborrany).Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Barcelona 2008.

Generalitat de Catalunya. Registre Gironi del Cor. Estudi REGICOR a les comarques de Girona 1978- 2008. Departament de Salut. Barcelona 2008.

Generalitat de Catalunya. VI Pla de polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2008-2011. Barcelona: Institut Català de les Dones;2008.

Generalitat de Catalunya. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Barcelona: Departament de Salut;2009

Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Barcelona:Departament de Salut; 2008

Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2006. Barcelona: Departament de Salut; 2009

Generalitat de Catalunya. Un Pacte per a viure junts i juntes: Pacte Nacional per a la Immigració. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria per a la Immigració;2009

Generalitat de Catalunya. Protocol Ictus transitori. L'atenció al malalt amb Atac Isquèmic Transitori (AIT) a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2009

Generalitat de Catalunya. Central de resultats. Segon informe. Desembre 2010. Barcelona: Departament de Salut;2010

Generalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2009. Avanç de resultats. Barcelona: Departament de Salut; Juny de 2011

Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2010. Informe dels principals resultats. Barcelona: Departament de Salut; Desembre 2011

Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut; 2012

Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya.  
En: <http://www.idescat.cat/>

Género y Salud. Edición monográfica. Diverses autores i autors. Gaceta Sanitàia 2004;18 (supl. 2)

Geli Marina. Dona i Salut. Cicle de Conferències. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2005

Grau Maria, Marrugat Jaume. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Revista Española de Cardiología 2008;61(4):404-16

Gobierno de Cantabria. Salud de la Mujeres. II Plan de Actuación 2008-2011. Santander: Dirección General de Salud Pública;2009

Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. Cuatro Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedad cardiovascular en la práctica Clínica. Revista Española de Cardiología. 2008;61(1):e1-e-49

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular. Lobos José M et al. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. España. Clin Invest Arterioscl. 2009;21(3):124-50

Gonseth J, Sanz J, Segura A, García C, Diferencias por sexo en el tiempo hasta la monitorización del infarto agudo de miocardio. Gaceta Sanitaria 2002;16(1).90-92.

Guzman Virginia. La institucionalidad de género en el estado: Nuevas perspectivas de análisis. Santiago de Chile : Unidad Mujer y Desarrollo; 2001

Harding Sandra. .Ciencia y feminismo. Madrid,: Ediciones Morata S.L.;1996.

Healy Bernardine, “ The Yentl syndrome” New England Journal of Medicine Boston 1991; 325:274-276

Heras Magda. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. Revista Española de Cardiología.2006;59(4):371-81

Hernandez Antolin Rosa A., Rodriguez Hernandez Jose E. Estrategias de revascularización: Importancia del sexo. Revista Española de Cardiología. 2006;59(5):487-501

Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D Vittinghoff A. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and estrogen/progestin replacement Study (HERS) research Group. JAMA. 1998 Aug 19;280(7):605-13

Instituto Nacional de Estadística. En: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_salud.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm)



Izquierdo Maria Jesús.. Sistema “Sexo-género”. Curso de Formación y Acreditación en Consultoría para la igualdad de mujeres y hombres.Bloque Temático 2: Marco Técnico de la igualdad. Curso organizado por EMAKUNDE,2003

Junta de Andalucía. Plan Integrar de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla: Consejería de Salud. 2005

Kahn E et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. American Journal of Preventive Medicine 2002;22 (49): 73-107.  
MAstreaming Gender Equality . En: <http://www.ucm.es/info/mageeq/inicio.htm>

Macín Stella M, Perna Eduardo R, Coronel Maria L, et al. Influencia de la concentración de glucemia en el momento del ingreso en la evolución a largo plazo de los pacientes con síndrome coronario agudo. Revista Española de Cardiología 2006; 59(12):1268-75

Marrugat Jaume, Sala Joan, Ribalta A, Sanz Fina. Supervivencia a los 10 años de una cohorte de 736 pacientes con primer infarto de miocardio. ¿Diferencias entre sexos?.Rev. Española de Cardiología 1991; 44 (5):297-305

Marrugat Jaume, Antó JM, Masiá Rafael, Pavesi M, Sanz G, Valle V, et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. Journal of the American Medical Association (JAMA) 1998, 280 (16) :1405-1409

Marrugat Jaume, Gil M, Masiá Rafael, Sala Joan, Elosua Roberto, Antó JM, and the REGICOR Investigators. Role of age and sex in short-term and long term mortality after a first Q wave myocardial infarction. J. Epidemiol. Community Health 2001;55:487-493

Marrugat Jaume, Elosua Roberto, Martí Helena. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. Rev. Española de Cardiología 2002;55(49):337-46

Marrugat J, Solana P, D’Agostino R, Sullivan R, Ordovas J, Cerdón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Revista Española de Cardiología 2003;56:253-61

Marrugat Jaume, Sala Joan, Aboal Jaime. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer . Revista Española de Cardiología 2006;59(3):264-74

Martínez I. Violència: Tolerància Zero. Barcelona: Fundació “La Caixa”; 2005

Mateu Maria Luisa, Panisello Maria Luisa, Lasaga Amaia, Bonfill Encarna. Desigualdades sociales en salud de las personas mayores. Gerokomos 2007; 18 (1):30-33

Mazarrasa Lucia. Estrategias de promoción de salud. En: Miqueo C,Tomás C,Tejero C, Barral MJ, Fernandez T y Yago. En Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva; 2001.

Medina J. Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España. Valencia: Tirant lo Blanch; 2002.

Micó Luisa, Women in innovations, Viure en Salut. N° 84 Conselleria de Sanitat Valenciana. Generalitat Valenciana, 2010

Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.Instituto de la Mujer. Declaración de BEIJING y plataforma para la acción. IV Conferència mundial sobr las mujeres. Beijing 1995. Madrid; 1996

Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Guía para la incorporación de la perspectiva de género. Madrid; 2004.

Ministerio de Sanidad y consumo.Informe salud y género 2005. Observatorio de la mujer. Madrid ;2005.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. El Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut. Madid; 2006.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2006

Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Nota informativa Terapia hormonal en la menopausia: Actualización de la información. Ref.2008/16. 3 de octubre de 2008.

Milner KA. Funk m. Richards S, Wilmes RM, Vaccarino V, Krumholz HM. Gender differnces in sympton presentation associated with coronary heart disease. Am J Cardiol. 1999;84:396-3999

Mills, W. La imaginación sociológica. México: Fondo de Cultura económica;1999.

Montero I, i altres. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gaceta Sanitaria 2004; 18(1): 175-81.

Mosca Lori, Scott M, Grundy, Judelson Debre et al. Guide to preventive Cardiology for Women. American Heart Association. Circulation 1999;99;2480-2484

Mosca Lori, Appel Lawrence J, Benjamin Emilia J, Berra Kathy et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. American Heart Association. Circulation 2004;109;672-693

Mosca Lori, Branka Carole, Benjamin Emelia, Berra Kathy, Bushnell Cheryl, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease prevention in Women: 2007 Update. Circulation

Mosca Lori, Benjamín Emelia J, Berra Kathy, Bezanson Judy L, et al. Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women 2011 Update: a guideline From the American Heart Association. 2011

Mosquera C, De la Hera J, Barriales V, Grupo de Estudio RIMAS. El Infarto: Por qué la sobremortalidad en mujeres? Gaceta. Sanitaria 2002;16(Supl1):60

Moreno Amparo. Mujeres y Ciencia. Ponencia presentada al Congreso Internacional Nuevas i Viejas Cuestiones de las Investigaciones de las mujeres y del género. Santiago de Compostela, 2008

Navarro V, Quiruga A. Políticas de Estado de bienestar para la equidad. Gaceta Sanitaria 2004; 18(19):147-157

Larrañaga Isabel, Arregui Begoña, Arpal Jesús. El trabajo reproductivo o doméstico. Gaceta Sanitaria 2004; 18(supl.1): 31-37

Lasheras Maria Luisa, Pires Marisa, Rodriguez Maria del Mar. Género y Salud nº 3. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía. Sevilla 2004

Lagarde, Marcela. Género y feminismo. Cuadernos inacabados. Madrid:Ed. Horas y horas; 1996

Lagarde y de los Rios Marcela. Claves feminista para la autoestima de las mujeres. Col. Cuadernos Inacabados nº 39. Madrid :Ed Horas y Horas; 2000

Lerner, Gerda. The creation of Patriarchy. Nueva York y Oxford: Oxford University Press;1986 (trad. Barcelona;Crítica,1990)

Lledó E. Quaderns per a la coeducació. nº3. El sexisme i l'androcentrisme en la llengua. Anàlisi i propostes de canvi. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. ICE;1992

Lombardo Emanuela. El Mainstreaming de Género en la Unión Europea. Revista jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Vol (10-15), Mayo-Diciembre 2003; 6-11.

López-Jimenez Francisco, Cortés-bergoderi mery. Obesidad y Corazón Revista Española de Cardiología 2011;64829:140-149.

Observatorio de Salud de la Mujer (OSM).Informe Salud y Género 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. En:  
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2005.pdf>

Observatorio de Salud de la Mujer (OSM).Informe Salud y Género 2006: Las edades centrales de la vida. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. En:  
<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf>

Observatorio de Salud de las Mujeres. Evaluación. Plan de actuación. Salud para las mujeres (2004-2007). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad;2007

Organización Mundial de la Salud (OMS). Gender and health: Technical paper. 1998

Organización Mundial de la Salud. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Ginebra 2002

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud:resumen. Washington,DC., Organización Panamericana de la Salud, 2002.

Organización Mundial de la Salud. Incorporació de l'anàlisi i les accions de gènere en les activitats de l' OMS: projecte d'estratègia. Maig 2007.

Organització de Nacions Unides La IV Conferència Mundial de les Nacions Unides (ONU) sobre les Dones que va tenir lloc a Beijing. Setembre, 1995

Organització de nacions Unides (ONU). Acord de Comitè de Gènere de la ONU sobre criteris de bones pràctiques per a les dones i la igualtat de gènere, febrer de 1999. En <http://www.un.org/womenwatch/resources/goodpractices/guideline.html> )

Organització de Nacions Unides. Resolució aprovada per l'assemblea General 55/2. Declaració del Mil·leni, 2000.

Ortiz Gomez Maria Teresa La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. En Ramos, E. (ed). Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales-Instituto de la Mujer. Madrid: 2002; p.29-41.

Ortiz Gomez Maria Teresa. Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista. Oviedo:KRK 2006

Ortiz Gómez Maria Teresa. La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud 2007; (23) : 61-65.

Panisello Maria Luisa, Lasaga Amaia, Mateu Maria Luisa. Cuidadores principales de ancianos con demencia que viven en su domicilio. Gerokomos 2000; 11(4): 174-178

Pastor Gosálbez Inmaculada. ¿La gestión privada en la administración pública? El caso de los servicios sanitarios hospitalarios de Catalunya. Madrid: Colección estudios; 2006.

Peiró Rosana, Ramon Nieves, Álvarez-Darde Carlos, Colomer Concha, Moya Carmela, Borell Carme, i altres. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gaceta Sanitaria. 2004; 18(2)

Perez Gimenez Roser. Desigualdades en salud por clase social y Política Sanitaria. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1994-2002). [Tesis doctoral Barcelona: Universidad Autónoma;2006

Pijuan Domenech Antonia, Gatzoulis Michael A. Embarazo y cardiopatía. Revista Española de Cardiología 2006;59(9):971-84

Quadern CAPS. Mujer y Calidad de Vida. Barcelona: CAPS; 1991

Quivy, R, Campenhout, L. Manual de recerca en Ciències Socials. Barcelona: Herder; 1997.

Ridker P, Rifai N, Rose Lynda, Buring J, Cook N. Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first vascular events. The New England Journal of Medicine, 2002;347:1557-65

Ridker PM, Cook NR, Lee IM, et al. A Randomized Trial of Low-dose Aspirin in the primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. The New England Journal of Medicine 2005;(352): 1293-304.

Rivera Garretas Maria-Milagros. Nombrar el mundo en femenino. Barcelona: ICARIA;2003

Rocheblave Anne Marie. Lo femenino y lo masculino en la sociedad contemporánea. Madrid: Ciencia Nueva;1968

Rohlfs Isabela, Borrell Carme, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gaceta Sanitaria 2000; 14 (3): 60-71

Rohlfs Isabela, Borrell Carme; Anitua C; Artazcoz Lucia; ColomerConcha; Escribá, V, García-Calvente Maria del Mar; Llacer A; Mazarrasa, Lucia; Pasarín MI; Peiró, Rosana, Valls-Llobet Carme. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gaceta Sanitaria 2000; 14(2): 146-155

Rohlfs Isabela, Valls Carme. Actuar conta la violencia de género: un reto para la salud pública. Gaceta Sanitaria. 2003; 17(4): 263-265

Rohlfs Isabela, Garcia Maria del Mar, Gavaldà Laura, Medrano Maria Jose, Juvinyà Dolors, Baltasar Alicia i altres. Género y cardiopatía isquémica. Gaceta Sanitaria 2004; 18(2): 54-64

Rohlfs Isabela, Borrell Carme, Artazcoz Lucia and Escribà-Agüir Vicenta. The incorporation of gender perspectiva into Spanish health surveys. J. Epidemiol. Community Health 2007;61;20-25. doi:10.1136/jech.2007.059956

Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, Korinek J, Thomas RJ, Allison TG et al. Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. Lancet 2006; 368: 666-78

Rosa-Jimenez F, Montijano AM, Ília C, Zambrana JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres?. Anales de medicina Interna 2005; 22(11)

Ross CE, Bird C. Sex stratification and health lifestyle: consequences for women's perceived health. J Health Soc Behav 1994;35:161-78

Ruiz-Cantero Maria Teresa, Verdú-Delgado Maria. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gaceta Sanitaria 2004; 18(19):118-125.

Ruiz Cantero Maria Teresa, Papí Galvez Natalia. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género. Análisis de internet y recomendaciones. Universidad de Alicante. 2007

Ruiz-Perez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gaceta Sanitaria. 2004;18(2): 4-12

Sanchez Miquel. Tratamineto del infarto de miocardio con elevación del ST: ¿Una guerra de sexos? Emergencias 2011; 22:83-84

Sau Victoria. Un diccionario ideologico feminista. Barcelona: ICARIA; 1981

Sau Victoria. Ser mujer . El fin de una imagen tradicional. 2 à ed. Barcelona: ICARIA; 1993

Scott JW. Gender and the politics of history. Nueva York: Columbia University Press; 1988.

Segura A, i altres, pel investigadors de l'estudi IBERICA. Diferéncias por género en las características, manejo y letalidad-complicaciones en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM): Estudio IBERICA. Gaceta Sanitária. 2002; 16(1): 93-94

SEMERGEN. Guía sobre hipertensió arterial. Societat española de Hipertensión. 2005

Sen Gita, George Asha, Östlin Pirooska. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for population and Development Studies. ,2005. Disponible: [http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO\\_14entire\\_book.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14entire_book.pdf)

Sen, Gita; George Asha; Östlin Pirooska. "Engender health equity: a review of research and policy: OMS 2005

Sen ,Gita; George Asha; Östlin Pirooska. Unequal, unfair. ineffective and inehhicient Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final repott to the WHO commission on Social Determinants of health. Banglore. Women amd Gender Equity Knowledge network 2007. Disponible:

[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf)

Sipi Remei, Araya Mariel. Les dones migrades. Barcelona: Institut Català de les Dones. Quadern de l'Institut núm. 5; reimpressió 2007.

Sociedad Española de Cardiología. Enfermedad Cardiovascular en la Mujer. Estudio de la situación en España. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Ministerio de Sanidad y Política social. Madrid 2006

Stein MB, Kennedy C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. J Affective Dis 2001;66:133-138

Stramba-Badiale Marco, Priorei Silvia G. Estrategias actuales para reducir el impacto de las enfermedades cardio vasculares en la mujeres. Revista Española de Cardiología. 2006, 59 (11).1190-3

Stramba-Badiale Marco et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology. European heart Journal 2006, 27, 994-1005

Stuardo W,R., Navarro R.J.. Relación entre la ingesta de alcohol i el desarrollo de cardiopatía isquémica. Revista Mexicana de Cardología. 2003; 14(4):134-37

Subirats J. El análisis de las políticas públicas. Gac. Sanitaria. 2001,15(3): 259-264

Subirats Martori Marina. Conquistar la igualdad: la coeducación hoy. Organización de Estados Iberoamericanos. Para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Revista Iberoamericana de educación. nº 6. Género y Educación. Septiembre- Diciembre 1994. En <http://www.rieoei.org/oeivirt/rie06a02.htm>

Swers J. Diabetes mellitus and cardiovascular disease in women. Arch Intern med 1998; 158:617-21

Tajer, Débora. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria de hombres y mujeres . Buenos Aires: Paidós;2009

Tanis C, Bosch JA, Kemmeren JM et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. N Engl Med 2001;345:1787-93



Tornos Pilar. Enfermedad valvular en mujeres. Revista Española de Cardiología 2006;59(8):832-6

Torns Teresa, Carrasquer Pilar, Parella Sònia, Recio Carolina. Les dones i el tre all a Catalunya: mites i certeses. Barcelona:Institut Català de les Dones. Generalitat de Catalunya;2007

Tubert Silvia.(ed). Del sexo al género. Los equívocos de un concepto. Valencia: Cátedra. Universidad de València,2003.

Valls-Llobet Carme. La atenció de género en la Atención Primaria. Quadern CAPS 1998, 27:46-52

Valls-Llobet Carme. El estado de la investigación en salud y género. En: Miqueo C,Tomás C,Tejero C, Barral MJ, Fernandez T y Yago. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva; 2001.

Valls-Llobet Carme. Mujeres invisibles. 2à ed. Barcelona: de bolsillo; 2006

Valls-Llobet Carme. Riesgos Cardiovasculares en las mujeres. Mujeres y Salud. CAPS. Barcelona. 2008; 23:21-28

Valls-Llobet Carme. Mujeres, Salud y poder. Madrid:Ed. Càtedra. Feminismos; 2009

Valls-Llobet Carme. La salud biopsicosocial re-generada. Quaderns de psicologia 12 (2), 2010; 175-181. En: <http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/807>.

Velasco, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008

Velasco, Sara. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Madrid: Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y política Social;2009

Velasco, Sara. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Minerva ediciones;2009.

Velasco, Sara. Informe sobre metodología y determinantes psicosociales de género en enfermedades cardiovasculares. Para la revisión del Plan de Prevención de

Enfermedades Cardiovasculares de la Comunidad Valenciana. Valencia: Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2010.

Vessey m, Painter R, Yantes d. Mortalidad relacionada con el uso de anticonceptivos orales y el consumo de cigarrilloo. The Lancet. 2003; 363:185-191

Villavicencio P. Violencia domestica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la mujer; 1999.

Wenger Nanette K. Tratamiento hormonal sustitutivo y enfermedades cardiovasculares. Revista Española de Cardiología 2006;59(10):1058-69

Wilkinson S, Kitzinger C. Mujer y Salud. Barcelona: Paidos; 1996

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv 1992;22:429-45.

Xarxa de Dones per la Salut. 10 anys de treball x la salut de les dones. Barcelona: Xarxa de les Dones per la Salut; 2008



## **ANNEXOS**



## ANNEX 1

### GRAELLA DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ PER L'ANÀLISI DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN ELS PLANS DIRECTORS

La finalitat dels Plans Directors es fer operatives les polítiques marcades pel Pla de Salut, les fases de desenvolupament de una política pública inclou.

- El marc normatiu→ DOGC
- Disseny i planificació→ Redacció dels Plans Directors del Departament de Salut. Analitzarem si la perspectiva de gènere tal com assenyala el DOGC, està present en la redacció dels Plans
- Implimentació i gestió: Posar en marxa les intervencions dissenyades. (Entrevistes a professionals sanitaris)
- Seguiment i avaluació

Els elements que haurien d'estar presents en una **política pública** amb perspectiva de gènere, segons hem definit, serien: enfocament de gènere, transversalitat, participació, visibilitat, llenguatge, recerca.

D1- Visibilitat: Revisar que totes les dades estiguin disgregada per sexes, i si en les diferències trobades es realitza un anàlisi de gènere.

D2- Participació: En relació als nomenaments del equips plans directors, col·laboradors del Departament, consells assessors , comissió permanent, grups de treball, òrgans de participació tendiran a ser paritaris.

D3- Llenguatge i imatges que reflecteixen estereotips: Si el llenguatge utilitzat en la redacció del Pla visibilitza igual a dones i homes i no s'empra un llenguatge androcèntric ni sexiste. Igual en les imatges utilitzades en els textos i difusió dels Plans.

D4- Enfocament de Gènere: El gènere com a determinant de salut, analitzar si els elements propis del gènere en relació al problema de salut estudiat estan presents en els Plans. Revisarem si en la bibliografia emprada hi ha referències a estudis en relació al gènere. També ens interessa si les persones que han participat tenen formació en gènere o si s'ha previst aquesta formació.

D5- Transversalitat en totes les actuacions. Arrel de la Conferència de Beijing, 95, es veu la necessitat d'introduir els gènere en totes les polítiques. Analitzarem si des de els plans Directors es té en compte aquesta recomanació, integrant el gènere en tots els eixos dels Plans.

Per analitzar aquestes dimensions hem elaborat la següent graella

**D1- VISSIBILITAT.** Les dades estan extretes de l'anàlisi de la situació de cada Pla

1.- Es disgreguen les dades que descriuen el problema per sexe?

	SI	NO
Morbiditat		
Mortalitat		
Grups edat		

2. Es disgreguen els factors de risc per sexe?

NO ☐

SI ☐

3.- Les dades referents a la classe social estan disgregades per sexe ?

NO ☐

SI ☐

4.- Les dades referents a les àrees geogràfiques estan disgregades per sexe ?

NO ☐

SI ☐

5.- Es disgreguen els ingressos hospitalaris per sexe

NO ☐

SI ☐

6.- Totes les dades estadístiques a que fa referència el Pla estan disgregades per sexe?

NO ☐

SI ☐

7.- Es realitza l'anàlisi de les dades amb perspectiva de gènere amb les diferències trobades?

NO ☐

SI ☐

## D2- PARTICIPACIÓ

### COMPOSICIÓ GRUPS DE TREBALL

#### 1.- Participants del Pla per grups

##### 1a.- Equip del Pla Director

	nombre	%
Dona		
Home		
Total		

##### 1b.- Col·laboradors del Departament de salut

	nombre	%
Dona		
Home		
Total		

##### 1c.- Consell Assessor

	nombre	%
Dona		
Home		
Total		

##### 1d 1.- Comissió Permanent

	nombre	%
Dona		
Home		
Total		



Grups de treball depenen de cada Pla Director

Grups de treball

	nombre	%
Dona		
Home		
Total		

Coordinador/a.:.....

2.- S'han incorporat representats de la societat civil en els grups?

( associacions de persones i familiars afectats, xarxes, ONG)

NO ☐

SI ☐

	nombre	%
Dona		
Home		
Total		

3.- Les persones que han participat en la redacció del pla tenen formació en la relació de gènere i el Pla determinat (gènere i malalties circulatòries, gènere i immigració, gènere i salut mental,...)

NO ☐

SI ☐ Enumerar-les.....

4.- S'ha previst la incorporació al grup de persones amb formació de gènere?

NO ☐

SI ☐ Amb quina formació.....

A quin nivell.....

### **D3- LLENGUATGE**

1.- Està redactat el Pla amb un llenguatge integrador, que visibilitza per igual homes i dones?

NO ☐

SI ☐

2.- Es té cura e no transmetre imatges estereotipades en funció del sexe (dones cuidadores, metges i infermeres, homes esportistes,..)?

NO ☐

SI ☐

### **D4- ENFOCAMENT DE GÈNERE**

1.- S'utilitza i es cita bibliografia en relació al gènere i el Pla director (malalties aparell circulatori, salut mental..)

NO ☐

SI ☐ Quina percentatge.....

2.- S'ha subministrat algun tipus de documentació de suport a les persones que constitueixen els equips del Pla, col·laboradors, Consell Assessor, Comissió Permanent, grups de treball per facilitar la incorporació de l'enfocament de gènere al seu treball?

NO ☐

SI ☐ En quin grup.....

3.- S'ha realitzat alguna activitat de formació en gènere per a les persones que integren els grups de treball, prèviament a l'inici del treball?

NO ☐

SI ☐ En quin grup.....

4.- S'han incorporat als grups de treball persones amb formació de gènere?

NO ☐

SI ☐ En quin grup.....

## D5- TRANSVERSALITAT

1.- Es contempla la integració de la perspectiva de gènere, de forma explícita com un eixos, en tots els apartats, del Pla Director?

NO ☐

SI ☐

2.- S'ha treballat conjuntament amb altres departaments (Comissió interdepartamental,...), per veure la implicació d'alguna mesura amb altres departaments de la generalitat?

NO ☐

SI ☐ En quin grup.....

## OBJECTIUS

1.- En la formulació d'objectius del Pla Director es té en compte els resultats de l'anàlisi de les dades desagregades? (Que les poblacions no són homogènies)

NO ☐

SI ☐ Quines.....

2.- En la formulació dels objectius es té en compte que els determinants de salut dels homes i les dones són diferents i per tant les necessitats de salut també?

NO ☐

SI ☐

Comentaris.....

.....

3.- Es formulen objectius específics que impulsen la recerca d'indicadors sensibles al gènere?

NO ☐

SI ☐ Quines.....

## PROPOSTES

1.- Les propostes d'actuació del pla director tenen en compte els resultats de l'anàlisi de les dades disgregades?

NO ☐

SI ☐

Comentaris.....

.....

2.- Les propostes d'actuacions per assolir els objectius tenen en compte la perspectiva de gènere?

NO ☐

SI ☐

Comentaris.....

.....

3.- Hi ha alguna proposta per disminuir els biaixos de gènere en el coneixement existent?

NO ☐

SI ☐ Quines.....

4.- Hi ha alguna proposta de recerca en relació al gènere i el problema de salut determinat pel Pla Director?

NO ☐

SI ☐ Quines.....

5.- Es promouen accions per assolir la formació amb perspectiva de gènere en tots els perfils professionals ?

NO ☐

SI ☐

## **ANNEX 2**

### **DESCRIPCIÓ DELS EIXOS, ELS OBJECTIUS I MESURES EN LES QUALS ESTÀ IMPLICAT EL DEPARTAMENT DE SALUT EN EL V PLA DE POLÍTIQUES DE DONES DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (2005-2007)**

EIX 1: Aconseguir una veritable transversalitat en el disseny i desenvolupament de les polítiques de govern, fent de la Generalitat una institució exemplificadora.

Objectiu 1.1. Establir les polítiques de dones com un eix transversal en l'acció de govern de la Generalitat.

Mesura 1.1.1. Garantir la coherència dels plans i programes del Govern de la Generalitat de Catalunya amb aquest V Pla d'Acció i Desenvolupament de les polítiques de dones a Catalunya.

Mesura 1.1.4. Elaborar i establir indicadors qualitatius i quantitatius que permetin avaluar l'impacte de gènere en les polítiques públiques.

Mesura 1.1.5. Incloure la perspectiva de gènere en l'elaboració dels estudis i enquestes promogudes i elaborades per la Generalitat de Catalunya.

Objectiu 1.3. Adaptar les estructures, la normativa i l'actuació administrativa de la Generalitat de Catalunya a la perspectiva de gènere.

Mesura 1.3.1. Vetllar pel compliment de la normativa internacional, europea i comunitària en matèria de drets de les dones.

Mesura 1.3.9. Potenciar la creació d'equips de persones amb formació de gènere en tots els departaments de la Generalitat.

Mesura 1.3.12. Introduir, pel que fa al llenguatge, la feminització de totes les categories professionals de l'Administració.

Mesura 1.3.13. Realitzar activitats d'informació i difusió en matèria de polítiques de dones i d'impacte de gènere en els mitjans de comunicació de la Generalitat.

Objectiu 1.5. Promocionar les polítiques de dones en les administracions locals.

Mesura 1.5.5. Promoure la realització d'estudis de diagnosi d'àmbit local sobre la situació de les dones en els diferents camps de l'activitat humana, social,

política, cultural, mediambiental i econòmica i els diferents sectors sociodemogràfics, laborals i culturals.

Mesura 1.5.11. Impulsar la creació d'un sistema de coordinació del finançament de polítiques de dones en els ens locals.

Eix 2. Construcció d'una cultura per a un nou contracte social.

Objectiu 2.3. Adequar les activitats culturals a les demandes diverses de les dones i assegurar l'atenció a totes les seves situacions socioculturals.

Mesura 2.3.1. Garantir que les dones de Catalunya tinguin accés als coneixements que suposin una millora de les seves condicions de vida (sanitària, social, cultural, econòmica i científica).

Eix 3. Incrementar la presència i la participació de les dones en tots els àmbits de la vida social, tenint en compte la seva diversitat.

Objectiu 3.1. Dinamitzar el teixit associatiu femení.

Mesura 3.1.5. Facilitar l'accés de les associacions de dones a la informació que els pugui obrir noves vies de participació social, política i cultural.

Objectiu 3.2. Garantir la participació de les dones en les institucions i/o òrgans de presa de decisions.

Mesura 3.2.5. Instar perquè les dones estiguin presents en les taules de negociació de conflictes de caràcter local i nacional.

Objectiu 3.3. Garantir la participació social de les discapacidades.

Mesura 3.3.2. Incorporar l'experiència i els sabers de les discapacidades al disseny de les polítiques públiques.

Objectiu 3.7. Garantir la participació social de les migrades.

Mesura 3.7.5. Reconèixer i apoderar el paper de les migrades com a mediadores en l'àmbit de la cultura, la sanitat, l'educació, etc.

Eix 4. Reorganització dels temps i els treballs per tal de fer de la vida quotidiana un eix vertebrador de les polítiques

Objectiu 4.1. Valorar i reconèixer socialment les tasques de cura realitzades per les dones.

Mesura 4.1.1. Sensibilitzar en la valoració del treball domèstic i de cura, així com de la necessitat del seu repartiment entre homes i dones.

Eix 5. Oferir una atenció integral davant les necessitats de les dones. La implicació del Departament de Salut en aquest eix és més important i així ho demostra coordinant alguna de les mesures descrites per assolir els objectius marcats per aquest eix.

Objectiu 5.2. Introduir la perspectiva de gènere en els sistemes d'informació sanitària i fomentar la recerca sobre les desigualtats de gènere en la salut.

Mesura 5.2.1. Establir la recollida de tota la informació sanitària en dades sensibles a les diferències en salut per raó de sexe. Coordinació: Salut.

Mesura 5.2.2. Garantir que les enquestes de salut incloguin la perspectiva de gènere. Coordinació: Salut.

Mesura 5.2.3. Garantir que l'Enquesta de Condicions de Treball inclogui la perspectiva de gènere i complementi la informació de les enquestes de salut. Coordinació: Salut.

Mesura 5.2.4. Garantir que els estudis i treballs de recerca contemplin l'especificitat de la salut de les dones. Coordinació: Salut.

Mesura 5.2.5. Adaptar els instruments d'anàlisi i d'avaluació de l'atenció i els serveis sanitaris per tal que incloguin la perspectiva de gènere. Coordinació: Salut.

Mesura 5.2.6. Fomentar la recerca sobre la salut dels diferents col·lectius de dones amb riscos i especificitats pròpies. Coordinació: Salut.

Mesura 5.2.7. Potenciar la realització de postgraus i màsters de salut amb perspectiva de gènere. Coordinació: Universitats, Recerca i Societat de la Informació

Objectiu 5.3. Introduir la perspectiva de gènere en els plans de salut i de prevenció de riscos laborals i dissenyar polítiques de disminució de risc que tinguin en compte les diferències i desigualtats de gènere.

Mesura 5.3.1. Introduir la perspectiva de gènere en l'elaboració i l'avaluació del Pla de Salut de Catalunya, més enllà del concepte de salut reproductiva. Coordinació: Salut.

Mesura 5.3.2. Introduir la perspectiva de gènere en l'elaboració i l'avaluació del Pla de Prevenció de Riscos Laborals. Coordinació: Salut.

Mesura 5.3.3. Garantir que l'atenció sanitària a les dones tingui en compte els drets de les dones a viure les seves diferències, el dret al coneixement i a la decisió sobre el propi cos. Coordinació: Salut.

Mesura 5.3.4. Garantir la participació de les dones i de les entitats de dones en els òrgans de consulta, planificació i avaluació dels plans de salut. Coordinació: Institut Català de les Dones, Salut.

Mesura 5.3.5. Garantir que les polítiques de salut adreçades a les persones grans integrin la perspectiva de gènere. Coordinació: Salut.

Mesura 5.3.6. Realitzar el seguiment operacional dels diferents plans de salut al territori integrant la perspectiva de gènere. Coordinació: Salut.

Mesura 5.3.7. Introduir la perspectiva de gènere en el Pla Director de Recerca Biomèdica. Coordinació: Salut.

Objectiu 5.4. Garantir una assistència sanitària que tingui en compte la perspectiva de gènere.

Mesura 5.4.1. Oferir formació a les persones que treballen en centres sanitaris públics sobre l'aplicació de la perspectiva de gènere en l'àmbit de la salut. Coordinació: Salut, Universitats, Recerca i Societat de la Informació.

Mesura 5.4.2. Fer que el disseny i l'avaluació dels serveis sanitaris introdueixi, la perspectiva de gènere. Coordinació: Salut.

Mesura 5.4.3. Reconèixer el paper i recollir el treball de les dones i les associacions de dones d'altres cultures com a agents de salut en la prevenció i l'atenció sanitària. Coordinació: Salut, Institut Català de les Dones.



#### Objectiu 5.5. Garantir el dret de les dones al propi cos.

Mesura 5.5.1. Introduir la perspectiva de les dones i noies en l'educació per a la salut als centres educatius. Coordinació: Educació, Salut, Secretaria General de Joventut.

Mesura 5.5.2. Oferir als diferents col·lectius de dones informació i formació en temes de salut. Coordinació: Institut Català de les Dones, Salut.

Mesura 5.5.3. Millorar l'accés de les dones als diferents mitjans i eines que els garanteixin el dret al propi cos. Coordinació: Salut.

Mesura 5.5.4. Promoure l'ús del cànnabis entre els col·lectius de dones que pateixen patologies per a les quals el seu ús és terapèutic. Coordinació: Institut Català de les Dones, Salut.

Mesura 5.5.5. Millorar i positivitzar l'autopercepció del cos femení. Coordinació: Institut Català de les Dones. Coordinació: Institut Català de les Dones, Salut.

Objectiu 5.6. Recollir i donar respostes a les necessitats específiques de les dones discapacitades.

Mesura 5.6.1. Impulsar la modificació de la LISMI perquè s'inclogui una participació equilibrada d'homes i dones. Coordinació: Salut.

Mesura 5.6.2. Fomentar l'adaptació del material mèdic per tal d'oferir un servei integral de salut adaptat a les necessitats de les dones discapacitades. Coordinació: Salut.

Objectiu 5.9. Recollir i donar respostes a les necessitats específiques de les dones que pateixen discriminació per raó d'opció sexual.

Mesura 5.9.4. Garantir a les dones lesbianes una atenció sanitària adequada. Coordinació: Salut.

Mesura 5.9.6. Sensibilitzar i informar sobre l'especificitat en salut i les relacions afectivosexuals de les dones lesbianes. Coordinació: Salut.

Mesura 5.9.7. Impulsar actuacions de prevenció de les malalties de transmissió sexual que afecten específicament el col·lectiu de lesbianes. Coordinació: Salut.

Objectiu 5.10. Recollir i donar respostes a les necessitats específiques de les dones migrades.

Mesura 5.10.4. Oferir formació al personal professional que treballa amb els col·lectius de dones migrants.

Objectiu 5.11. Recollir i donar respostes a les necessitats específiques de les dones gitanes.

Mesura 5.11.2. Garantir i estimular l'accés als serveis educatius i formatius de les dones gitanes com un element essencial en la seva promoció personal i social.

Eix 6: Programa per a l'abordatge integral de les violències contra les dones.

Aquest eix descriu les línies estratègiques amb els objectius, les mesures i els departaments implicats per desenvolupar aquest programa.

## ANNEX 3

### AVALUACIÓ DEL PLA 2005-2007 EFECTUAT PER L'ICD

L'ICD publica un *Informe Final de l'Avaluació Externa* a l'abril del 2008, realitzat per IGOP (*Institut de Govern i Polítiques Públiques*).

El V Pla de Polítiques de Dones marcava 6 eixos d'actuació amb 95 objectius, 519 mesures i 961 actuacions.

Eix 1. Aconseguir una veritable transversalitat en el disseny i desenvolupament de les polítiques de govern, fent de la Generalitat una institució exemplificadora.

Eix 2. Construcció d'una cultura per a un nou contracte social.

Eix 3. Incrementar la presència i la participació de les dones en tots els àmbits de la vida social, tenint en compte la seva diversitat.

Eix 4. Reorganització del temps i dels treballs per tal de fer de la vida quotidiana un eix vertebrador de les polítiques.

Eix 5. Oferir una atenció integral davant les necessitats de les dones.

Eix 6. Programa per a l'abordatge integral de les violències contra les dones.

#### Les actuacions previstes per a cadascun dels eixos del Pla:

	(2005-2007)
Pla	Total actuacions
Eix 1	70
Eix 2	157
Eix 3	108
Eix 4	142
Eix 5	93
Eix 6	393
<b>Total eixos</b>	<b>963</b>

Font: ICD

Realitza l'avaluació amb la dimensió substantiva i operativa.

### **Estudi longitudinal de la dimensió substantiva:**

- Acompliment de les actuacions previstes: en el transcurs dels tres anys, tots els eixos han mantingut un nivell d'actuacions realitzades superior al 50% en tots els casos i en tots els anys de referència.

- Tipologia d'actuacions segons finalitat: es descriuen 5 finalitats.

A: Creació, adaptació i ampliació de serveis i recursos: el percentatge d'actuacions previstes ha oscil·lat entre el 20% i el 23% al llarg de 2005-2007.

B: Millora de l'organització intraadministrativa i interadministrativa: el percentatge d'actuacions previstes ha oscil·lat entre el 20% i el 23 % al llarg de 2005-2007.

C: Sensibilització, informació, assessorament, orientació i formació: les actuacions destinades a aquesta finalitat han mantingut al llarg del temps uns percentatges d'actuacions previstes entre el 25% i el 27%.

D: Recerca i coneixement: les actuacions destinades a aquesta finalitat han representat entre el 17% i el 18% de les actuacions previstes anualment.

E: Coordinació i cooperació amb entitats i agents socials: les actuacions destinades a aquesta finalitat han representat entre gairebé el 14% i el 15% de les previstes en el Pla.

- Tipologia d'actuacions segons àmbits d'intervenció.

Accions formatives: els eixos que han previst una major proporció d'actuacions per intervenir en l'àmbit de la formació han estat el I i el III.

Ajuts: l'eix III és on s'ha previst un major nombre d'actuacions per intervenir en aquesta tipologia d'actuacions.

Gestió interna: l'eix VI presenta les xifres més elevades, que es mantenen estables per als tres anys en la línia del 41,6%.

Normativa: l'eix que ha dedicat una major part de les seves previsions a incidir sobre l'àmbit de la normativa ha estat el IV; els eixos I i II, en aquest cas, també presenten uns percentatges de previsió significatius que oscil·len entre el 16,4% i el 18%.

Sensibilització i informació: les previsions de l'eix I en aquest àmbit per a l'any 2007 assoleixen el 21% del total; d'altra banda, totes les proporcions de tots els eixos per a tots els anys superen el 15%.

Creació i gestió de serveis: és el que ha resultat més exclòs de les actuacions previstes; el VI és l'eix que més actuacions ha previst realitzar en aquest àmbit al llarg dels tres anys, tot i que aquesta proporció no ha superat en cap cas el 13,2% de l'any 2005.

- Temporalitat de les actuacions.
- Desplegament territorial de les actuacions.
- Sectors i col·lectius *afectats* per les actuacions.

### **Estudi longitudinal de la dimensió operativa**

- Acompliment de les actuacions previstes.

En termes generals, són majoria els departaments que se situen per sobre del 30% d'actuacions pendents sobre el total de previstes, però l'any 2007 aquesta tendència canvia, i gairebé tots els departaments passen a estar per sota d'aquest 30% de pendents.

- Tipologia d'actuacions segons finalitats.

Creació, adaptació i ampliació de serveis i recursos: el Departament d'Acció Social i Ciutadania ha previst dedicar entre un 49,4% i un 48,1% al llarg del període de vigència del Pla; el Departament de Justícia ha dedicat entre un 40% i un 40,4% de les seves actuacions previstes a la creació, adaptació i ampliació de recursos.

Millora de l'organització intraadministrativa i interadministrativa: el Departament de Cultura ha contemplat entre un 83,3% i un 71,4% de les seves actuacions en aquest objectiu; el Departament de Polítiques Territorials i Obres Públiques, i de Governació i Administracions Públiques han dedicat entre un 60% i un 52,6% i entre un 41% i un 50% de les seves actuacions a la millora de la organització administrativa, respectivament.

Sensibilització, informació, assessorament, orientació i formació: la Secretaria General d'Esports i la de Joventut han dedicat a aquest objectiu entre un 47,1% i un 50% i entre un 52,6% i un 44,4% de les seves actuacions, respectivament; en la mateixa línia, el Departament d'Agricultura, Alimentació i Acció Rural ha dedicat a aquest objectiu entre un 40% i un 50% de les seves actuacions.

Recerca i coneixement: Economia i Finances ha orientat entre un 70% i un 64,3% de les seves actuacions envers aquest objectiu, seguit del Departament de Polítiques Territorials i Obres Públiques, que hi ha dedicat entre un 42,9% i un 21,1% de les seves actuacions, i el Departament de Relacions Institucionals i Participació, que hi ha destinat un 33,3% del conjunt de les seves actuacions en cadascun dels anys.

Coordinació i cooperació amb entitats i agents socials: el Departament de Comerç Turisme i Consum presenta una dedicació creixent de les seves actuacions en aquesta línia (el 2005 hi dedicà un 40%, el 2006 aquesta proporció fou d'un 60% i el 2007, d'un 100%).

No disposem d'informació del Departament de Salut.

- Tipologia d'actuacions segons àmbits d'intervenció.

Accions formatives: les unitats que han previst una major proporció d'accions formatives han estat el Departament de Relacions Institucionals i Participació (el 66,7% constant al llarg del període), seguit de la Secretaria General de Joventut (entre un 50% i un 57,9%) i del Departament d'Educació (entre un 32,6% i un 31,4%).

Ajuts: la Secretaria General de l'Esport ha dedicat entre un 29,4% i un 21,4% de les seves actuacions a aquesta tipologia.

Gestió interna: aquest àmbit ha acaparat entre el 34,3% i el 34,1% del total de les actuacions dels diferents departaments; destaca Economia i Finances, que ha dedicat entre un 71,4% i un 60% de les actuacions a aquest àmbit d'intervenció.

Normativa: els departaments de Presidència, i Política Territorial i Obres Públiques han tendit a centrar la seva estratègia d'intervenció en aquest àmbit.

Sensibilització i informació: ha estat contemplada de forma equilibrada entre la majoria de departaments; destaca la Secretaria de Política Lingüística, que supera el 50% d'actuacions previstes l'any 2007.

Creació i gestió de serveis: ha estat la menys adoptada pel conjunt de departaments, de manera que el total d'actuacions destinades a aquesta tipologia s'ha situat al voltant del 7%.

- Temporalitat de les actuacions.

Quatre modalitats: actuacions de durada temporal, actuacions de menys d'un any de durada, actuacions entre un i dos anys de durada i actuacions de més de dos anys de durada.

L'Institut Català de les Dones és l'única unitat orgànica que ha previst actuacions puntuals en tots els anys del trienni.

Fixar la temporalitat de les actuacions entre un i dos anys de durada ha estat l'estratègia de la majoria dels departaments.

L'estratègia de preveure actuacions de més de dos anys de durada representa en el conjunt dels departaments una xifra poc significativa, ja que tan sols en dos casos supera el 50% del total d'actuacions previstes pel Departament.

- Desplegament territorial de les actuacions.

La proporció d'actuacions territorials del conjunt del Pla ha superat el 50% en els tres anys d'aplicació.

Destaca el Departament de Salut com la unitat que ha mantingut una dimensió territorial més àmplia i constant al llarg del temps.

Mostren una tendència progressiva el Departament de Comerç, Turisme i Consum (actualment, dins d'Innovació, Universitats i Empresa) i el Departament de Treball, que van passar del 60% al 100%, i del 10,8% al 97,7%, respectivament.

- Sectors i col·lectius *afectats* per les actuacions.

## **ANNEX 4**

Descripció dels objectius i actuacions en les quals està implicat el Departament de Salut de l'eix 5, "Qualitat de vida i cohesió social", en el VI Pla de Polítiques de Dones (2008-2011).

Objectiu general 5.4. Garantir una assistència sanitària sense biaixos de gènere tenint en compte la diversitat femenina.

Objectiu específic 5.4.1 Avançar en el coneixement de la salut de les dones i en l'anàlisi del sistema de salut des de la perspectiva de gènere.

Actuació 5.4.1/1. Elaboració d'estudis i treballs de recerca sobre les desigualtats de gènere en la salut. Coordinació: Departament de Salut, ICD. Indicadors de resultats: estudis, canals de difusió, exemplars distribuïts.

Actuació 5.4.1/2. Promoció de la investigació sobre les causes, els factors associats, els mitjans diagnòstics i els tractaments de les patologies en les quals hi ha una alta prevalença de dones afectades. Coordinació: Departament de Salut, ICD. Indicadors de resultats: ajuts/subvencions, persones destinatàries: dones/homes, estudis.

Actuació 5.4.1/3. Elaboració d'estudis sobre les especificitats de salut de les dones del món rural. Coordinació: ICD, Departament de Salut. Indicadors: estudis, exemplars distribuïts, canals de difusió.

Actuació 5.4.1/4. Elaboració d'estudis sobre les especificitats de salut de les dones migrades. Coordinació: Departament de Salut, Departament d'Acció Social i Ciutadania, SIM. Indicadors: estudis, exemplars distribuïts, impactes/llocs.

Actuació 5.4.1/5. Realització de campanyes de sensibilització i informació específiques sobre temes de salut i dones. Coordinació: Departament de Salut, ICD. Indicadors: campanyes/accions de sensibilització, canals de difusió, impactes/llocs.

Actuació 5.4.1/6. Impuls per establir els mecanismes necessaris perquè la recerca en salut i biomèdica tingui en compte l'avaluació de l'eficàcia i l'eficiència dels tractaments en funció del sexe. Coordinació: Departament de Salut, ICD. Indicadors: materials/documents, avaluacions/seguiments, impactes/lloc.

Actuació 5.4.1/7. Inclusió en el Pla de Prevenció de Riscos Laborals de mesures específiques relacionades amb la salut de les dones. Coordinació: Departament de Treball, Departament de Salut, ICD. Indicadors: elaboració/modificació de la normativa, informes, avaluacions/seguiments.



Actuació 5.4.1/8. Revisió dels criteris i les metodologies emprades en l'avaluació dels riscos laborals i en els plans de prevenció per introduir mesures que evitin situacions de discriminació sexual i per raó de sexe. Coordinació: Departament de Treball, Departament de Salut, ICD. Indicadors: informes, avaluacions/seguiments.

Actuació 5.4.1/9. Suport a entitats que duen a terme o promouen bones pràctiques de salut entre les dones. Coordinació: ICD, Departament de Salut. Indicadors: ajuts/subvencions, participants.

Actuació 5.4.1/10. Disseny i desenvolupament d'estratègies de prevenció dels embarassos adolescents. Coordinació: Departament de Salut (SLT), ICD, secretaria Joventut. Indicadors: Campanyes/accions de sensibilització, canals de difusió, impactes/llocs.

Objectiu específic 5.4.2. Sensibilitzar i millorar els coneixements de les professionals i els professionals de l'àmbit sanitari en perspectiva de gènere.

Actuació 5.4.2/1. Elaboració i implementació d'un pla de formació sobre la introducció de la perspectiva de gènere en l'atenció sanitària adreçat al personal de serveis sanitaris i sociosanitaris. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: cursos/accions formatives, persones destinatàries: dones/homes, impactes/llocs.

Actuació 5.4.2/2. Disseny i implementació d'accions formatives adreçades al personal professional sanitari en relació amb les diferències de risc de la salut en cadascun dels sexes. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: cursos/accions formatives, persones destinatàries: dones/homes, impactes/llocs.

Actuació 5.4.2/3. Disseny i implementació d'accions formatives adreçades a professionals dels serveis sanitaris sobre les diferències en el risc per a la salut i els processos preventius, de tractament i de recuperació de malalties que afecten les dones migrades segons el país d'origen. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: cursos/accions formatives, persones destinatàries: dones/homes, impactes/llocs, coincidència amb altres plans: Pla Director d'Immigració de Salut.

Objectiu específic 5.4.3. Incloure la perspectiva de gènere en la prestació i el desplegament dels serveis sanitaris.

Actuació 5.4.3/1. Integració de les diferències de gènere i les característiques determinades pel cicle vital en el disseny, l'atenció i l'avaluació dels serveis sanitaris. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: avaluacions/seguiments, participants.

Actuació 5.4.3/2. Utilització dels mecanismes d'incorporació de la perspectiva de gènere en els sistemes d'informació sanitària. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: materials/documents, impactes/llocs, participants.

Actuació 5.4.3/3. Disseny i implementació de mecanismes que facilitin l'eliminació de desigualtats en l'accés i el tractament de la salut sexual i reproductiva, tenint present la diversitat de les dones. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: diagnòstic, indicadors, avaluacions/seguiments.

Actuació 5.4.3/4. Estudi i revisió dels criteris d'accés a la inseminació, en especial, per a les dones lesbianes. Coordinació: ASC SPFDC, SLT, ICD. Indicadors: actes/activitats, canals de difusió.

Actuació 5.4.3/5. Identificació de les possibles causes de discriminació de les dones per motius d'orientació sexual i aplicació de mecanismes que evitin aquesta discriminació. Coordinació: SLT, ASC SPFDC. Indicadors: accions positives, impactes/llocs.

Actuació 5.4.3/6. Potenciació de la figura de les dones migrades com a agents de salut. Coordinació: SLT, ASC SIM. Indicadors: actes/activitats, materials/documents, Persones destinatàries: dones/homes, coincidència amb altres plans: Pla Director d'Immigració de Salut.

Actuació 5.4.3/7. Foment de l'adaptació del material sanitari vers un servei integral de salut adient a les necessitats de les dones amb discapacitat. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: materials/documents, impactes/llocs, actes/activitats.

Actuació 5.4.3/8. Aportació, a través dels mecanismes de promoció i prevenció de la salut, d'instruments que apoderin les dones en la presa de decisions relacionades amb la seva salut. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: materials/documents, persones destinatàries: dones/homes, impactes/llocs, coincidència amb altres plans: Programa Salut a l'Escola – PASSIR.

Actuació 5.4.3/9. Incorporació de la perspectiva de gènere a les estratègies de prevenció de les conductes addictives. Coordinació: SLT, ICD. Indicadors: indicadors, enquestes/bases de dades/registres/arxius, avaluacions/seguiments.

Actuació 5.4.3/10. Incorporació de la perspectiva d'envelliment saludable des de la perspectiva de gènere a les polítiques de promoció de la salut

adreçades a la gent gran. Coordinació: SLT, ASC SPFDC, ICD. Indicadors: diagnosis, indicadors, avaluacions/seguiments.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
INTEGRACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN EL SISTEMA SANITARI CATALÀ  
Maria Luisa Panisello Chavarria  
DL: T. 1128-2012